



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ERİŞKİN MORBİD OBEZ HASTALARDA YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİNE UYUMUN ÖNÜNDEKİ ENGELLERİN VE
KOLAYLAŞTIRICILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. AYŞENUR DERİCİ

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ERİŞKİN MORBİD OBEZ HASTALARDA YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİNE UYUMUN ÖNÜNDEKİ ENGELLERİN VE
KOLAYLAŞTIRICILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. AYŞENUR DERİCİ

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Ayşenur Derici

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Erişkin Morbid Obez Hastalarda Yaşam Tarzı Değişikliklerine Uyumun Önündeki Engellerin ve Kolaylaştırıcıların Değerlendirilmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2024 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2024
Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29/11/2023 tarihinde onay alınarak (onay no:342) hazırlanmıştır.

08/02/2024

Dr. Ayşenur Derici

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım değerli Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Bu çalışmanın fikir sürecinin gelişmesinde ve çalışmanın yürütülmesinde büyük destek sağlayan sayın Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın'a,

Bu çalışmanın fikir sürecinin gelişmesinde ve olgunlaşmasında her türlü desteği veren sayın Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na,

Bu günlere gelmemde çok büyük emeği geçen ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Dr. Alphan Derici'ye,

Beni büyüten, yetiştiren değerli annem Nevin Öz, babam Recep Öz'e ve tıp eğitimim başta olmak üzere asistanlık sürecim boyunca beni her koşulda destekleyen ablam Büşra Şahin ve kız kardeşim Esra Öz'e,

Uzmanlık eğitimim sayesinde sahip olduğum değerli dostlarım Dr. Büşra Duygu Sarı, Dr. Kübra Eroğlu, Dr. Müsemma Bolat, Dr. Betül Fatma Sağıroğlu ve Dr. Feyza Karagöz'e,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Ayşenur Derici

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obezitenin Tanımı	4
2.2. Obezite Epidemiyolojisi	5
2.2.1. Dünyada obezite	5
2.2.2. Türkiye’de obezite	6
2.3. Obezite Etyopatogenezi	7
2.4. Obezitenin Değerlendirilmesi	9
2.4.1. Birinci basamakta obezite yönetimi	9
2.4.2. Obezite taraması	11
2.4.3. Obezite ölçüm yöntemleri	14
2.4.3.1. Doğrudan ölçüm yöntemleri	14
2.4.3.2. Dolaylı ölçüm yöntemleri	15
2.5. Obezite ile ilişkili Hastalıklar	17
2.5.1. Tip 2 diabetes mellitus (T2DM)	17
2.5.2. Dislipidemi	18

2.5.3. Kardiyovasküler hastalıklar (KVH)	19
2.5.4. Metabolik sendrom (MeS).....	20
2.5.5. Hipertansiyon (HT)	20
2.5.6. Solunum sistemi hastalıkları.....	21
2.5.7. Gastrointestinal sistem hastalıkları	22
2.5.8. Endokrinolojik bozukluklar	23
2.5.9. Osteoartrit	23
2.5.10. Psikiyatrik bozukluklar	24
2.5.11. Kanserler	25
2.6. Obezite Tedavisi ve Takibi.....	26
2.6.1. Yaşam tarzı değişikliği	27
2.6.2. Farmakoterapi.....	31
2.6.3. Bariatrik cerrahi.....	32
2.6.4. Bilişsel davranışçı terapi.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Araştırma Hipotezi.....	35
3.5. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	36
3.6. Verilerin Analizi	37
3.7. Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar	37
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	38
4. BULGULAR	39
4.1. Engeller.....	41
4.1.1. Genel sağlık durumu	41

4.1.1.1. Ağrılar	42
4.1.1.2. Kronik Hastalıklar	42
4.1.1.4. Ameliyat Geçmişi	44
4.1.2. İçsel motivasyon	45
4.1.2.1. Başlayamamak	45
4.1.2.2. Büyük hedefler koymak	46
4.1.2.3. Kötü alışkanlıklar	46
4.1.2.4. Devam edememek	48
4.1.3. Sosyal ilişkiler ve etkileşimler	48
4.1.3.1. Eş	49
4.1.3.2. Aile	50
4.1.3.3. Arkadaşlar	51
4.1.3.4. İş hayatı	52
4.1.3.5. Bakıma muhtaç yakın varlığı	53
4.1.4. Fırsatların varlığı	54
4.1.4.1. Zaman kısıtlılığı	54
4.1.4.2. Ekonomik kısıtlılıklar	55
4.1.4.3. Çevresel kısıtlılıklar	56
4.1.5. Kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları	57
4.1.5.1. Otokontrol eksikliği	57
4.1.5.2. Yetersizlik hissiyatı	58
4.1.5.3. Başarıya inanç azalması	59
4.2. Kolaylaştırıcılar	60
4.2.1. Genel sağlık durumu	61
4.2.1.1. Ağrılar	62
4.2.1.2. Kronik hastalıklar	63

4.2.1.3. Ameliyat.....	64
4.2.2. İçsel motivasyon	64
4.2.2.1. Sağlıklı olmak	65
4.2.2.2. Ulaşılabilir hedefler koymak.....	66
4.2.2.3. Ebeveyn olmak.....	67
4.2.2.4. Beğenilme arzusu.....	68
4.2.3. Sosyal ilişkiler ve etkileşimler	69
4.2.3.1. Eş.....	69
4.2.3.2. Aile.....	71
4.2.3.3. Arkadaşlar	71
4.2.3.4. İş hayatı.....	72
4.2.4. Fırsatların varlığı.....	73
4.2.4.1. Zamansal imkanlar.....	73
4.2.4.2. Ekonomik imkanlar	74
4.2.4.3. Çevresel imkanlar	75
4.2.5. Kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları	76
4.2.5.1. Otokontrol varlığı.....	76
4.2.5.2. Yeterlilik inancı	77
4.2.5.3. Hedeflere odaklanma	77
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	79
6. KAYNAKLAR.....	95
7. EKLER	108
EK-1: Etik Kurul Kararı.....	108
ÖZGEÇMİŞ	109

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ACE: Advers Çocukluk Deneyimleri
ADRB3: B3 Adrenerjik Reseptör
ARDS: Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
BDNF: Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi
BKİ: Beden Kitle İndeksi
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CDC: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
DALY: Sakatlığa Göre Ayarlanmış Yaşam Yılı
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
DXA: Dual Enerji X-Ray Absorpsiyometri
ENPP1: Ekonükleotid Pirofosfataz/ Fosfodiesteraz 1
FGFR1: Fibroblast Büyüme Faktörü Reseptör 1
GÖRH: Gastroözofageal Reflü Hastalığı
HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HT: Hipertansiyon
IL-1: İnterlökin-1
IL-6: İnterlökin-6
Kcal: Kilokalori
Kg: Kilogram
KOAİ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar
LAGB: Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Bant
Lct: Laktaz
LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
LEP/LEPR: Leptin/ Leptin Reseptörü
LSG: Laparoskopik Sleeve Gastrektomi
M: Metre
MC4R: Melanokortin 4 Reseptörü

MetS: Metabolik Sendrom
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MTNR1B: Melatonin Reseptör 1 B
NAYK: Non-Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı
NHANES: Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (National Health and Nutrition Examination Survey)
OSAS: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PCSK1: Proprotein Konvertaz Subtilisin Kexin
PKOS: Polikistik Over Sendromuna
RYGB: Roux-en-Y Gastrik Bypass
SAA: Serum Amyloid-A
SS: Standart Sapma
STEPS: Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması
TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEMED: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TLR4: Toll Like Reseptör 4
TNF- α : Tümör Nekroz Faktörü α
TSH: Tiroid Stimulan Hormon
TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji
T2DM: Tip 2 Diabetes Mellitus
T.C.: Türkiye Cumhuriyeti
VLDL: Çok Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 4.1.** Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliklerine Uyumlarının Önündeki Engeller Hakkındaki Görüşlerinin Kelime Bulutu.....41
- Şekil 4.2.** Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliklerine Uyumlarının Önündeki Kolaylaştırıcılar Hakkındaki Görüşlerinin Kelime Bulutu61



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Obez Hasta Değerlendirilmesinde Öyküde Sorgulanması Gereken Durumlar.....	12
Tablo 2.2. Obez Hasta Değerlendirilmesinde Fizik Muayene.....	13
Tablo 2.3. Obez Hasta Değerlendirilmesinde Laboratuvar Parametreleri.....	13
Tablo 2.4. Yetişkin Bireylerde Beden Kitle İndeksine Göre Antropometrik Değerlendirme ve Obezite İlişkili Hastalık Riski.....	16
Tablo 4.1. Erişkin Morbid Obez Hastalarda Yaşam Tarzı Önerilerine Uyumun Önündeki Engeller ve Kolaylaştırıcılar için Belirlenen Tema, Alt Temalar ve Kategoriler.....	40

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Obezite yönetiminin temelini sağlıklı beslenmeye dayalı değişiklikler, günlük enerji harcamasını artıran fiziksel aktiviteler ve tüm bunları sürdürülebilir kılan davranış düzenlemelerini içeren yaşam tarzı değişiklikleri oluşturmaktadır. Çalışmamızın amacı erişkin morbid obez hastaların yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumları süresince karşılaştıkları engelleri ve kolaylaştırıcıları deneyim ile derinlemesine değerlendirebilmektir.

YÖNTEM: Bu araştırma tanımlayıcı bir nitelikte olup niteliksel yöntemle yapılmıştır. Veriler; sosyo-demografik özellikleri sorgulayan beş, antropometrik ölçümlerin sorgulandığı bir ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun değerlendirildiği bir olmak üzere toplam yedi sorudan oluşan anket formu ve morbid obez bireylerin deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan beş açık uçlu soru içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Derinlemesine görüşme tekniğiyle elde edilen görüşler; kategoriler, alt temalar ve temalar şeklinde gruplandırılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 14 kadın (%82,3), 3 erkek (%17,6) olmak üzere 17 morbid obez hasta katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $47,76 \pm 14,88$ Standart Sapma (SS) olarak saptanmıştır. Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda; genel sağlık durumu, içsel motivasyon, sosyal ilişkiler ve etkileşimler, fırsatların varlığı, kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları kategorileri belirlenmiştir. Bu kategoriler engeller ve kolaylaştırıcılar olmak üzere iki tema altında yer almıştır.

SONUÇ: Yaşam tarzı değişikliğini benimsemenin önündeki engeller ve kolaylaştırıcılar tedavinin başlangıcında ele alınmalı ve bunlara göre bireyselleştirilmiş öneriler sunulmalıdır. Uyum iyileştirilirse, tedavi etkinliği, sağlık sonuçları ve kronik hastalıkların nihai yükünün de iyileştirilebildiği bilinmektedir. Ayrıca morbid obez bireylerde reddedilemez olabilecek kişiye özel tedavi ve psikososyal refaha odaklanma gibi müdahalelerin geliştirilmesi ve sunulması obezitenin yönetilmesi adına önemli bir katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Engel, kolaylaştırıcı, obezite, yaşam tarzı

ABSTRACT

Evaluating barriers to and enablers of adherence to lifestyle changes in adult morbidly obese patients

INTRODUCTION AND AIM: The foundation of obesity management comprises lifestyle changes that are based on healthy eating, physical activities that increase daily energy expenditure, and behavior adjustments that make these changes sustainable. The aim of our study is to comprehensively assess the barriers and enablers experienced by adult morbidly obese patients throughout their adherence to lifestyle change recommendations

METHOD: This research is of a descriptive nature and conducted using a qualitative approach. Data were collected using a questionnaire consisting of seven questions: five querying socio-demographic characteristics, one querying anthropometric measurements, and one evaluating adherence to lifestyle changes. Additionally, a semi-structured interview form containing five open-ended questions aimed at examining the experiences of morbidly obese individuals in depth was employed. The insights obtained through in-depth interviews were categorized into categories, sub-themes, and themes.

RESULTS: In the study, 17 morbidly obese patients participated, consisting of 14 females (82.3%) and 3 males (17.6%). The average age of the participants was determined to be 47.76 ± 14.88 Standard Deviation (SD). Based on the findings obtained in our research, categories including general health status, intrinsic motivation, social relationships and interactions, presence of opportunities, beliefs in controllability and adequacy were identified. These categories were categorized under two themes, namely barriers and enablers.

CONCLUSION: The barriers and enablers to adopting lifestyle changes should be addressed at the beginning of treatment, and personalized recommendations should be provided accordingly. It is known that if adherence is improved, treatment effectiveness, health outcomes, and the ultimate burden of chronic diseases can be improved. Additionally, interventions such as personalized treatment and focusing on psychosocial well-being, which may be indispensable for morbidly obese individuals, will contribute significantly to the management of obesity.

Keywords: Barrier, enabler, obesity, life style

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Obezitenin temel nedeninin kalori alımı ile kalori tüketimi arasındaki enerji dengesizliği olduğu bilinmektedir. Yüksek enerji ve yağ içeriğine sahip besinlerin tüketiminin artışı ve sedanter yaşam tarzına bağlı fiziksel hareketsizlik, obezitenin iki temel nedenini oluşturmaktadır (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Erişim tarihi: 03 Ocak 2024).

Geçmiş zamanlarda yüksek gelirli ülkelerin sorunu olarak görülen obezite, günümüzde kötü sosyo-ekonomik imkanlara sahip toplulukların da içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygınlaşmaktadır (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370281/9789240075634-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 02 Ocak 2024; Popkin ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından küresel düzeyde bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilen obezite, 2020 yılı verilerine göre dünya çapında 813 000 000 erişkini etkilemektedir. Obezitenin, artık salgın boyutlarına ulaştığı ve 2035 yılına dek dünya nüfusunda iki milyardan fazla kişiyi etkileyebileceği tahmin edilmektedir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024; https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024).

Türkiye’de hayat tarzının süratle değişmesi neticesinde yaygınlığı giderek artan obezitenin, toplum sağlığını büyük ölçüde tehdit eden bir problem haline geldiği ve görülme sıklığının gelişmiş batı ülkelerinden aşağı olmadığı anlaşılmaktadır (TEMD, 2019). DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022’de; DSÖ’nün 2016 yılı verilerine göre Türkiye’nin %32,2’lik (kadın %39,7, erkek %24,2) obezite prevalansı ile DSÖ Avrupa Bölgesinin obezite sıklığı en yüksek ülkesi olduğu belirtilmiştir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024).

Toplumda her yaş grubunu etkileyebilen ve çok faktörlü karmaşık bir hastalık olarak kabul edilen obezitenin, günümüzde önlenabilir ölüm sebepleri arasında sigaradan sonra en önemli ikinci neden olduğu bilinmektedir (TEMD, 2019). Bunun yanında obezite, diğer önlenabilir ölüm sebepleri arasında olan çeşitli hastalık ve durumların oluşma olasılığını arttırmaktadır. Bu nedenler arasında tip 2 diyabet, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), metabolik sendrom (MetS), belirli kanser türleri, obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), hipertansiyon (HT), depresyon, osteoartrit ve alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı bulunmaktadır (Lin ve Li, 2021). Obezitenin kendisi ve risk faktörü olduğu bu hastalıklar nedeniyle 2019 yılında yaklaşık beş milyon kişinin ölümüne neden olduğu tahmin edilmektedir (Chong ve ark., 2023).

Günümüzde küresel bir sorun haline gelen obezitenin, kronik hastalık olarak kabul edilmesi ve bu doğrultuda etkili bir yönetim stratejisi izlenmesi önerilmektedir (Logue ve ark., 2000). Tıpkı diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, obezitenin tedavisinde de hasta ve hekim arasındaki iş birliği son derece önemlidir. Obezite tedavisinin başarısı, tedavi ekibinin bilgi ve becerilerine, hastanın tedavi öncesinde, tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında gösterdiği uyuma bağlıdır (TEMD, 2019). Yapılan bir araştırma, obez yetişkinler arasında kilo kaybının potansiyel faydalarını vurgulamış ve komorbiditelerin önlenmesine katkı sağlayabileceğini göstermiştir (Haase ve ark., 2021). Bu bağlamda, sadece sağlıklı davranışları teşvik etmekle kalmayıp aynı zamanda bireyleri vücut ağırlıklarını azaltmalarını konusunda desteklemek, eşlik eden hastalıkların geliştirme riskini azaltabilmekte ve obezitede hastalıksız yaşam beklentisini uzatabilmektedir. Yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyma ve vücut ağırlığını azaltma konularında bireysel danışmanlık ve ulusal düzeyde kamu politikaları, obezite yükünü azaltmak için kritik bir öneme sahiptir (Rassy ve ark., 2023). Kalori alımında azalma ve sağlıklı beslenmeye dayalı beslenme değişiklikleri, günlük enerji harcamasını artıran fiziksel aktiviteler ve tüm bunları sürdürülebilir kılan davranış değişikliklerini içeren yaşam tarzı değişiklikleri, obezite yönetiminin temelini oluşturmaktadır (Tchang ve ark., 2021; Semlitsch ve ark., 2019).

Yapılan bir çalışmada hastalara sunulan yaşam tarzı değişikliği önerileri ile kilo verme girişimleri arasında bir korelasyon tespit edilmiştir (Klumbiene ve ark., 2006). Bu çalışmalarda bir doktorun önerilerinin, hastaların olumlu davranış değişiklikleri elde etmesine ve kilo verme çabalarını teşvik etmesine yardımcı olduğu saptanmıştır (Rueda-Clausen ve ark., 2014).

Bu çalışmada Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kronik Hastalık Tarama ve İzlem Polikliniği'ne başvuran, takip edildiği hekim tarafından en az üç ay öncesinden yaşam tarzı değişikliği önerilerinde bulunulmuş olan erişkin morbid obez hastaların yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumlarını ve uyumlarını süresince karşılaştıkları engelleri ve kolaylaştırıcıları faktörleri deneyimleri ve düşünceleri ile derinlemesine değerlendirebilmek amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Obezite DSÖ göre sağlığı bozabilecek düzeyde vücutta fazla veya anormal yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, Erişim tarihi: 03 Ocak 2024). Obezite, Latince kökenli olan 'obesus' kelimesinden türetilmiş olup, yemek yiyerek şişmanlamayı ifade etmektedir (Ogunnaike ve Whitten, 2002). Bu terimin, yeni tanımlanmış bir kavram olmadığı ve tarih boyunca, bazı toplumlarda şişmanlığın zenginlik ve sağlık göstergesi olarak algılandığı bilinmektedir. Obezite üzerine çalışma yapan ilk bilim insanlarından olan Hipokrat dönemindeki İskitlerin obezitelerinin nedenlerini hareketsiz yaşama bağlamıştır. Antik Roma'da yaşamış en önemli hekimlerinden biri olan Galen ise obeziteyi bir hastalık olarak kabul etmiş ve bu durumu önlemek için diyet ve egzersiz önermiştir. Ayrıca, morbid obeziteyi tanımlayarak 'polysarkia' terimini kullanmıştır (Papavramidou ve Christopoulou-Aletra, 2007).

Günümüzde obezitenin toplumda tüm yaş gruplarını etkileyebildiği, kronik ve multifaktoriyel bir hastalık olduğu bilinmektedir (TEMD, 2019). Günlük enerji alımının, harcanan enerjiden fazla olduğu durumlarda, vücut yağ kütlelerinin arttığı ve bu durumun uzun dönemde aşırı yağ birikimi ile sonuçlanarak obeziteye yol açtığı bilinmektedir (Oussaada ve ark., 2019). Vücut yağ oranını ölçmek zor olduğundan obezitenin tanımı ve sınıflandırılması beden kitle indeksi (BKİ)'ne göre; “BKİ= Ağırlık (kg)/Boy (m²)” hesaplanarak değerlendirilmektedir (TEMD, 2019). DSÖ'ye göre BKİ'si 30 kg/m² ve üzerinde olan yetişkinler obez, 40 kg /m² ve üzerinde olan yetişkinler ise morbid obez olarak sınıflandırılmaktadır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, Erişim tarihi: 03 Ocak 2024).

2.2. Obezite Epidemiyolojisi

2.2.1. Dünyada obezite

Geçmiş zamanlarda yüksek gelirli ülkelerin sorunu olarak görülen obezite, günümüzde kötü sosyo-ekonomik imkanlara sahip toplulukların da içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygınlaşmaktadır. Bu yaygınlaşmaya ekonomik büyüme, teknolojik gelişmeler ve kentleşmenin neden olduğu ve aynı zamanda yetersiz beslenmeyle ilişkili bazı ekonomik faktörlerin, bireylerde obezite gelişmesine de sebep olduğu düşünülmektedir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024; Popkin ve ark., 2020).

DSÖ 2020 verilerine göre; obezite prevalansının Amerika Bölgesindeki yetişkin nüfusta %35, Avrupa Bölgesinde %27, Doğu Akdeniz Bölgesinde %25, Afrika Bölgesinde %13, Batı Pasifik Bölgesinde %9, Güneydoğu Asya Bölgesinde %6 oranında olduğu bilinmektedir (https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024). On sekiz Avrupa ülkesi ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada incelenen tüm ülkelerde 1975-2016 yılları arasında obezite prevalansının benzer şekilde arttığı tespit edilmiştir (Janssen ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada Avrupa ülkelerinin çoğunda, obezite oranlarının son 10 senede %10'dan %40'a çıktığı ve özellikle İngiltere'de üç kattan fazla arttığı tespit edilmiştir (Agha ve Agha, 2017). Bir başka çalışmada Kore'de obezite prevalansının 2009-2019 yılları arasında %29,7'den %36,3'e yükseldiği tespit edilmiştir (Yang ve ark., 2022). 2017 yılında Küresel Hastalık Yüku Grubu tarafından yapılan bir bildiride, obezitenin 1980'den bu yana 70'ten fazla ülkede prevalansının iki katına çıktığı ve diğer birçok ülkede sürekli olarak arttığı belirtilmiştir (GBD 2015 Obesity Collaborators, 2017).

DSÖ tarafından küresel düzeyde bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilen obezite, 2020 yılı verilerine göre dünya çapında 813 000 000 erişkini etkilemektedir. Mevcut küresel maliyeti senelik dokuz yüz doksan milyar ABD doları olan obezitenin, artık salgın boyutlarına ulaştığı ve 2035 yılına dek dünya nüfusunda iki milyardan fazla kişiyi etkileyebileceği tahmin edilmektedir

(<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370281/9789240075634-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 02 Ocak 2024; https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024).

2.2.2. Türkiye’de obezite

Türkiye’de hayat tarzının süratle değişmesi neticesinde yaygınlığı giderek artan obezitenin, toplum sağlığını büyük ölçüde tehdit eden bir problem haline geldiği ve görülme sıklığının gelişmiş batı ülkelerinden aşağı olmadığı anlaşılmaktadır (TEMD, 2019).

Türkiye’de obezite konusunda toplum çapında yapılan ilk çalışmalardan biri olan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) çalışmasında, 1997-98 yılları arasında 540 ayrı merkezde 24 788 erişkin kişinin incelenmiş ve obezite prevalansı %22 (kadın %30; erkek %13) olarak saptanmıştır (Satman ve ark., 2002). Bu çalışmadan 12 sene sonra, aynı merkezlerde yapılan TURDEP-II çalışmasında ise obezite prevalansı %35,9 (kadın %44,2; erkek %27,3) olarak saptanmış ve morbid obezite yaygınlığının %1’den %3,1’e yükseldiği tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar TURDEP-I popülasyonuna göre standardize edilerek 1998 ile 2010 yılı karşılaştırıldığında Türkiye’de erişkin obezite prevalansının %22,3’ten %31,2’ye çıktığı tespit edilmiştir (Satman ve ark., 2013).

2010 yılında gerçekleştirilen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 (TBSA)’da TURDEP-II ile benzer oranlar saptanmıştır. TBSA 2010’da yetişkin bireylerin %30,3 (kadın %41; erkek %20,5)’ünün obez; %2,9 (kadın %5,3; erkek %0,7)’unun morbid obez olduğu tespit edilmiştir (https://krtknadmn.karatekin.edu.tr/files/sbf/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf, Erişim tarihi: 07 Şubat 2024).

2017 yılında yapılan “Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması” (STEPS) verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite sıklığı %28,8 (kadın %35,9; erkek %21,6) olarak bulunmuştur (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/turkey/who-turkey-risk-factorsa4_tr.08_10_2018.pdf?sfvrsn=e4d034ff_1&download

=true, Erişim tarihi: 06 şubat 2024). TBSA 2017 çalışmasında 15 yaş ve üzeri bireylerin %30,0 (kadın 32,7, erkek 23,3)'u obez, %4,1 (kadın %6,4, erkek %1,3)'i ise morbid obez olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada Türkiye'de obezite prevalansının en yüksek olduğu bölge %37,5 ile Batı Karadeniz, morbid obezitenin en sık görüldüğü bölge ise %5,9 ile Orta Anadolu olarak tespit edilmiştir (https://krtknadmkn.karatekin.edu.tr/files/sbf/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf, Erişim tarihi: 07 şubat 2024). DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022'de; DSÖ'nün 2016 yılı verilerine göre Türkiye'nin %32,2'lik (kadın %39,7, erkek %24,2) obezite prevalansı ile DSÖ Avrupa Bölgesinin obezite sıklığı en yüksek ülkesi olduğu belirtilmiştir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370281/9789240075634-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 02 Ocak 2024).

2.3. Obezite Etiyopatogenezi

Termodinamiğin birinci yasası; enerjinin yoktan var edilemeyeceğini ve de varken yok edilemeyeceğini, sadece bir formdan başka bir forma dönüştüğünü belirtmektedir (Smith, 1977). İnsan vücudu için gerekli olan tüm enerji yiyecek ve içeceklerden alınır sonrasında hücrelerde yüksek enerjili moleküller olarak depolanır. Depolanan bu enerji fiziksel aktivite, bazal metabolik işlevler ve ısı üretimi sırasında harcanmaktadır. Durağan bir durumda vücuda giren enerji miktarı ile harcanan enerji miktarı dengelenmektedir. Fakat alınan enerji, harcanan enerji miktarını aştığında meydana gelen bu enerji fazlalığının %60-80'i yağ olarak depolanmaktadır (Boron ve Boulpaep, 2005). Yağ depolarının meydana gelmesi ve enerji dengesinin düzenlenmesinde çevresel faktörler (kronik stres, sosyal/davranışsal faktörler) ile biyolojik ortam arasındaki ilişkiler sorumlu tutulmaktadır. Obezitenin gelişimine birçok fizyopatolojik faktör katkıda bulunur. Bu faktörler arasında çevresel, davranışsal, sosyo-kültürel, fizyolojik, genetik ve epigenetik etkenler yer almaktadır. Bu faktörler arasında karmaşık ilişkiler bulunmaktadır ve kilo artışına ne ölçüde katkıda bulunduklarını belirlemek her zaman mümkün olmamaktadır (TEMD, 2019).

1996 yılında Hilary Bower tarafından ilk kez tanımlanan 'obezojenik evre', obeziteye yol açan ve obeziteye katkıda bulunan bir çevreyi ifade eder. Çevresel değişiklikler, obezitenin endemik hale gelmesindeki birincil etken olarak kabul edilmektedir. Çevresel etkenler içerisinde kilo alımında belirgin olan bir özellik,

beslenme içeriğindeki şeker ve yağ içeriğinin artması ile birlikte lif oranının azalmasıdır (Alkan, 2022). Son dönemde, fast food ve hazır gıda tüketimi, geleneksel yemeklerin yerini almış ve monoton beslenme alışkanlıklarının gelişmesine sebep olmuştur. Özellikle yüksek yağ içeriğine sahip fast food tüketimi ile kilo artışı ve insülin direnci arasında güçlü bir ilişki belirlenmiştir. Haftada iki veya daha fazla kez fast food restoranlarında besin tüketen bireyler, haftada bir kez veya daha az tüketenlere göre yıllık 4,5 kilogram kilo alımı ve insülin direncinde %140 oranında artış yaşadığı rapor edilmiştir (Pereira ve ark., 2005). Kilo alımında etkili bir diğer faktör, porsiyon büyüklüğüdür. Birçok kontrollü çalışma, laboratuvar koşullarında deneklere daha büyük porsiyonlar sunulmasının, önemli ölçüde daha yüksek enerji alımına neden olduğunu göstermektedir (Ledikwe ve ark., 2005).

DSÖ, 2016 yılında çocuk ve gençlerde obezite oranının son yıllarda on kat arttığına dikkat çekmiş ve obezitenin nedenlerinden biri olarak fiziksel aktivite eksikliğine vurgu yapmıştır (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_31-en.pdf, Erişim tarihi: 07 Şubat 2024). Vücut ağırlığı düzenli fiziksel aktivite ile dengelenmektedir ve fiziksel aktivitenin enerji metabolizmasının önemli bir bileşeni olduğu bilinmektedir bu bağlamda fiziksel aktivitenin yetersizliği, obezitenin temel nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (Lubrano ve ark., 2013).

Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar, yetersiz uyku süresinin kilo alımına katkıda bulunarak obezite sorununa önemli etkiler sağlayabileceğini ortaya koymaktadır. Artan kanıtlar hem yetersiz hem de düşük kaliteli uyku düzenlerinin metabolik düzenleyici süreçleri ciddi şekilde etkileyebileceğini ve obezite, diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riskini artırabileceğini göstermektedir (Alodhayani ve ark., 2017; Broussard ve Cauter, 2016). Yapılan bir araştırmada, depresyon ve uyku bozukluğu olmayan, ancak kısa uyku süresine sahip bireyler, 7-9 saat uyku alan katılımcılarla karşılaştırıldığında, obezite ve abdominal obezite riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu pozitif ilişkinin özellikle 20-39 yaş aralığında daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Ford ve ark., 2014). Uyku süresinin kısalması veya düzensizliği ile enerji yoğunluğu yüksek besinlere yönelik arzunun arttığı gözlemlenmiştir (Spiegel ve ark., 2004). Yetersiz ve düzensiz uyku ile artan enerji alımı arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamış olup, bazı teoriler öne

sürülmüştür (Broussard ve Cauter, 2016). Yapılan araştırmalarda, obezite ile uyku süresinde azalma veya uyku kalitesinde bozulmalar arasında ilişki bulunmuştur (Rahe ve ark., 2015; Tasali ve ark., 2014; Wu ve ark., 2014). Uyku süresinin azalması veya düzensizliği yanında, uyku zamanının değişmesi de obeziteye yol açabilmektedir. Örneğin, gece vardiyasında çalışan bireylerin istedikleri saatte uyuyup uyanamamaları, bu düzensizliğin obeziteye ve daha ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği gözlemlenmiştir (Lusk ve Lash, 2005).

Geçen 20 yıl içinde yürütülen genom çapında ilişkilendirme ve ekzom/genom dizileme çalışmaları, obezite ile ilişkilendirilmiş bir dizi gen varyantını tanımlamıştır. Bu genler arasında; MC4R (melanokortin 4 reseptörü), PCSK1 (proprotein konvertaz subtilisin kexin 1), ADRB3 (B3 adrenerjik reseptör), MTNR1B (melatonin reseptör 1 B), BDNF (beyin kaynaklı nörotrofik faktör), LCT (laktaz), TLR4 (toll like reseptör 4), FGFR1 (fibroblast büyüme faktörü reseptör 1), LEP/LEPR (leptin/ leptin reseptörü), ENPP1 (ekonükleotid pirofosfataz/ fosfodiesteraz 1) bulunmaktadır. Fakat MC4R hariç bu genlerdeki kodlama mutasyonlarının farelerde obeziteye yol açarken insanlarda obezite ile ilişkilendirilmesinin nadir olduğu gözlemlenmiştir, (Schwartz ve ark., 2017). İnsanlarda obezite gelişiminde etkili olan MC4R geni α MSH'nin etkisi ile iştahı engellemektedir, bu nedenle mevcut vücut ağırlığını korumak için etkin bir MC4R gereklidir. Bu gende meydana gelen çerçeve kayması mutasyonlarının, erken başlangıçlı obezitenin yaklaşık %5'inden sorumlu olabileceği düşünülmektedir (Badiu, 2019).

2.4. Obezitenin Değerlendirilmesi

2.4.1. Birinci basamakta obezite yönetimi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özelliği, koruyucu hekimlik uygulamalarını içermesidir. Primordial (temel) ve primer (birincil) koruma, birçok hastalıkta olduğu gibi obeziteye karşı etkili bir rol oynamaktadır. Bunun yanında sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) koruma da çok önemlidir. Bu nedenle, obeziteyle mücadelede birinci basamak sağlık hizmetleri önemli bir liderlik rolü üstlenmektedir (Bayliss, 2012; Etçioğlu ve ark., 2022).

Obezitenin primordiyal koruma basamağında, kişiler üzerindeki sağlıksız gıdalardan kaynaklanan etkileri sınırlamak ve tüm sosyo-ekonomik düzeylerdeki bireylere sağlıklı gıdalara erişim imkanı sağlamak önemlidir. Çocukluk dönemi obezitesinin ilerleyen yaşlarda devam etme eğiliminde olduğu göz önüne alındığında, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi, mantıklı bir strateji olarak kabul edilmektedir. Farklı sektörler arasında iş birliği yaparak, okullarda sağlıklı beslenme programları oluşturulması önerilmektedir. Özellikle çocukların abur cubur, fast food, cips gibi sağlıksız ve fazla kalorili gıdalara erişimini kısıtlamak amacıyla önlemler alınması, televizyon yayınlarında bu tür gıdaların reklamlarının sınırlandırılması gerekmektedir. Okul kantinleri ve çevresindeki kafeteryalarda satılan ürünler detaylı bir şekilde incelenmeli ve sıkı bir denetim altında tutulmalıdır. Okul çağındaki çocuklara düzenli egzersiz ve sağlıklı beslenme ile ilgili eğitimler verilerek bilgi düzeyleri artırılması önerilmektedir (Demiray ve Yorulmaz, 2023). Bununla ilgili olarak DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022'de, çözüm önerileri olarak şekerle tatlandırılmış içeceklerin daha fazla vergilendirilmesi, sağlıklı gıdalar için devlet desteği, çocuklara yönelik sağlıksız gıdaların satışının sınırlandırılması, sağlık hizmetlerinde aşırı kilo ve obezite yönetimi hizmetlerine daha iyi erişimin sağlanması gibi önerilere yer verilmiştir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024).

Koreli çocuklarda obezitenin önlenmesine yönelik programların incelendiği sistematik bir derlemede, primer koruma düzeyinde riski tamamen ortadan kaldırma imkanı bulunmasa da, alınabilecek çeşitli önlemler ele alınmıştır. Obezitenin önlenmesi için fiziksel aktiviteye vurgu yapılması, beslenme ve diyet kontrolüne özen gösterilmesi, sağlıksız gıdalar yerine daha sağlıklı ve düşük kalorili alternatifler tercih edilmesi vurgulanmıştır. Fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi amacıyla yeşil alanların artırılması ve taşıt kullanımının azaltılması için yaya ve bisiklet dostu şehir projeleri yerel yönetimler tarafından geliştirilmesi önerilmiştir (Park ve Yoo, 2006).

Sekonder koruma düzeyinde, erken tanı ve tedaviye odaklanılması önerilmiştir. Bu bağlamda, obezite tarama programlarının planlanması ve etkili bir şekilde uygulanması, riskli grupların belirlenerek bu gruplara yönelik düzenli tarama ve takip ağlarının oluşturulması; tanı konulan bireylerin ücretsiz tedavi imkanlarından

yararlandırılması ve bu süreçlerde bireylere psikolojik destek sunulması önerilmiştir. Okullarda obezite taramaları da yine bu kapsamda değerlendirilmiş, obez bireylerde sıkça görülen kronik hastalıkların eşlik ettiği göz önüne alınarak, obezitenin tedavisi multidisipliner yaklaşımlarla desteklenmesi ve sağlık politikalarıyla güçlendirilmesi önerilmiştir (TEMD, 2019)

Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, üçüncül (tersiyer) koruma düzeyi rehabilitasyonu içerdiği belirtilmiştir. Obezitenin rehabilitasyonu, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları, fizyoterapistler, spor eğitmenleri, psikologlar ve diyetisyenlerden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından sunulan bir hizmet olması gerektiği vurgulanmıştır (Demiray ve Yorulmaz, 2023).

2.4.2. Obezite taraması

Sağlık profesyonelleri tarafından obezitenin çok iyi tanınmasına rağmen, 2019 yılında 11 ülkede gerçekleştirilen bir araştırmada, obeziteye sahip bireylerin yalnızca %36'sının tanı aldığı saptanmıştır (Cateron ve ark., 2019). Hangi bireylerin obezite için taranacağı hakkında ortak bir konsensus olmamakla birlikte bazı öneriler bulunmaktadır. Mevcut öneriler kanıta dayalı tıptan ziyade klinisyenin hastayı klinik değerlendirmesini ön planda tutmaktadır. Tanı alma oranı da göz önünde bulundurulduğunda özellikle risk grubundaki bireylerin taranması önerilmektedir (TEMD, 2019).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi'nde, obeziteye karşı risk taşıyan gruplar; okul çağı ve adölesan dönem çocuklar, sık ve çok sayıda doğum yapmış kadınlar, aile öyküsünde obezite tanısı bulunan bireyler, düşük eğitim düzeyine sahip gruplar ve sağlıklı beslenme alışkanlığına sahip, hareketsiz bir yaşam tarzını benimseyen bireyler olarak sınıflandırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı çerçevesinde hazırlanan Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019–2023 ve DSÖ'ye göre, aile hekimleri tarafından bağlı olan nüfusların BKİ ve bel çevresi ölçümleri ile 18 yaş ve

üzeri tüm bireylere her 5 yılda bir obezite taraması yapması önerilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; TEMD, 2019).

Obezitesi olan bireylerde genellikle tanı, bireylerin tip 2 diabetes mellitus veya hipertansiyon gibi obezitenin neden olabileceği hastalıklar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurması veya rutin ölçümler sırasında konulmaktadır. Bu nedenle başarılı bir obezite yönetimi için risk faktörlerini belirleyebilen sistematik bir yaklaşım önerilmektedir. Obezite tanılı bir hastaya yaklaşımında; obezite ile ilişkili anamnez alınması, obezitenin derece ve tipini belirlemek için kapsamlı bir fizik muayene yapılması, obezite nedenleri ve obezitenin potansiyel komplikasyonları araştırılması önerilmiştir (Kurt, 2019).

Tablo 2.1. Obez Hasta Değerlendirilmesinde Öyküde Sorgulanması Gereken Durumlar (Kurt, 2019'dan değiştirilerek kullanılmıştır)

Obezitenin başlama yaşı, süresi ve başvuru sırasındaki belirtiler
Aile öyküsü ve ailede obezite ve ilişkili hastalık durumu (HT, T2DM, KVH, OSAS ve dislipidemi)
Beslenme düzeni ve bozuklukları açısından anamnez alımı
Bir hafta süresince ev dışında yenilen öğün sayısı
Daha önceki kilo verme uğraşları (başarılı olup olmadığı)
Alkol, sigara ve madde kullanımı
Depresyon ve diğer duygu durum bozuklukları
Fiziksel aktivite öyküsü (Ekran karşısında geçen süre, egzersiz sıklığı ve yoğunluğu)
Kullanılan ilaçların değerlendirilmesi
Obezite ile ilişkili hastalıklarının sorgulanması

Tablo 2.2. Obez Hasta Değerlendirilmesinde Fizik Muayene (Kurt, 2019'dan kullanılmıştır)

Vücut ağırlığı ve boy ölçülerek BKİ hesaplanması
Bel çevresi ölçümü
Ayrıntılı sistemik fizik muayene
Kan basıncı ölçümünde uygun manşon kullanılması
Obeziteye neden olabilecek veya eşlik eden hastalıklara ait bulguların aranması (Cushing striaları, akantosis nigrikans, hirsutism vb.)

Tablo 2.3. Obez Hasta Değerlendirilmesinde Laboratuvar Parametreleri (TEMD, 2019'dan kullanılmıştır)

Açlık kan glikozu, HbA1c
Açlık lipid profili (trigliserit, total kolesterol LDL kolesterol, HDL kolesterol, non-HDL kolesterol)
Karaciğer enzimleri
Renal fonksiyon testleri (kreatinin, kan üre azotu)
Ürik asit
Tiroid stimulan hormon (TSH)
Hemogram
Tam idrar analizi

2.4.3. Obezite ölçüm yöntemleri

2.4.3.1. Doğrudan ölçüm yöntemleri

Obezite, toplumda yaygın bir sağlık sorunu olduğundan, tanıda kullanılacak yöntemin ucuz, güvenilir, her yaş grubuna uygun ve takibinin kolay olması önemlidir.

Direkt yöntemler, vücuttaki yağ ölçme prensibine dayanır, ancak bu yöntemler pratik ve ekonomik değildir ayrıca birçoğu çocuk yaş grubunda uygulanamamaktadır. Bu nedenle, direkt yöntemlerin klinik uygulanabilirlik açısından verimli olmadığı, ancak bilimsel çalışmalarda kullanıldığı bilinmektedir (Murathan, 2013).

Vücut yağ kütlesinin direkt ölçümü için vücut potasyum miktarının ölçülmesi yöntemi (K40), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), bilgisayarlı tomografi (BT), toplam vücut nitrojenin ölçülmesi, ultrason, biyoelektriksel empedans analizi ve dual enerji x-ray absorpsiyometri (DXA) ile yağ ölçümleri gibi yöntemler örnek olarak verilebilmektedir. Günümüzde, mevcut yöntemler arasında biyoelektriksel empedans analizi yaygın olarak kullanılan bir yöntem olmaktadır (<https://www.rustuserter.com/tr/files/download/p193u4mirhafv11tlgdb12nghpv4.pdf>, Erişim tarihi: 07 Şubat 2024). Fakat vücut yağ kitlesini ve yağsız vücut kitlesini en doğru şekilde ölçmek için kullanılan altın standart yöntem olarak DXA taraması önerilmektedir. Özellikle bölgesel yağ miktarını ölçmede diğer yöntemlere göre daha üstün olduğu bilinmektedir. DXA, antropometrik ölçümlere kıyasla daha doğru sonuçlar sağlamakta ve BT veya MRG gibi yöntemlere göre daha bütçe dostu bir seçenek olduğu tespit edilmiştir. Ancak DXA yöntemi, subkutanöz ve visseral abdominal yağ depoları arasında ayırım yapamamakta veya subkutanöz ve intramusküler periferik yağ depoları arasında ayırım sağlayamamaktadır. Diğer yandan, biyoelektrik empedans analizi, total vücut yağ miktarını ölçme konusunda daha basit ve kolay bir yöntem olarak saptanmıştır; ancak ölçüm sırasındaki hidrasyon durumundan etkilendiği için DXA yöntemine göre daha düşük güvenilirlikte olduğu düşünülmektedir (Wing ve Schiffman, 2021).

2.4.3.2. Dolaylı ölçüm yöntemleri

Obezite tanısını koyarken antropometrik ölçümler, pratik ve kullanım kolaylığı nedeniyle sıkça tercih edilmektedir. Ancak bu ölçümlerin doğru ve güvenilir olması için dikkat edilmesi gereken önemli faktörler vardır. Bu faktörler arasında kullanılan cihazların çalışır durumda ve kalibre edilmiş olması, ölçümlerin eğitimli bir personel tarafından uygulanması ve karşılaştırma için referans değerlerin bilinmesi bulunmaktadır. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu ile hesaplanan BKİ, bel çevresi ölçümü ve deri kıvrımı kalınlığı, sıkça kullanılan antropometrik ölçümler arasında yer almaktadır (Öztürk, 2020).

BKİ; DSÖ tarafından önerilen ve günlük pratikte uygulama kolaylığı nedeniyle en sık tercih edilen bir obezite değerlendirme kriteri olarak belirlenmiştir. BKİ, kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi formülü ile hesaplanan değer olarak ifade edilmiştir. BKİ'nin vücutta bulunan yağ kütlesi miktarı ile güçlü bir korelasyona sahip olduğu ancak mevcut yağın vücuttaki dağılımı hakkında bilgi sağlamada kısıtlı olduğu saptanmıştır (Oussaada ve ark., 2019). Ayrıca çocukluk, yaşlılık dönemi ve kadın-erkek bireylerde kullanımı ile ilgili bazı sınırlamaların olduğu bilinmektedir. Örneğin, vücut yağ oranları daha yüksek olan kadınlar için belirlenen BKİ kesme noktaları, erkeklerle aynı olarak belirlenmiştir. Bu durum, kadın ve erkeklerin aynı BKİ değerleri üzerinden kilolu ve obez tanıları aldığını göstermiştir. Ancak, vücut kompozisyonları farklı olan bir kadın ile bir erkek aynı BKİ değerine sahip olsalar bile vücutlarında farklı yağ oranlarının bulunabildiği bilinmektedir. Aynı şekilde, yaşlı bireylerde BKİ ölçümü ile obezite tanısı koymak sorun teşkil ettiği bilinmektedir. Yaşlılarda osteoporoza bağlı olarak boy kısalırken, kas kitlesi azalmakta ve yağ oranı artmaktadır; bu durumun vücut yağ dağılımı değiştirdiği ve bel çevresinde daha fazla yağ birikimine sebep olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla, erişkinlerde obezite tanısı için kullanılan BKİ kesme noktaları, yaşlılar için geçerli olmamaktadır. Tüm bu kısıtlamalara rağmen, özellikle son 30 yılda obezite belirlemede BKİ'nin, en yaygın kullanılan yöntem olarak popülerliğini koruduğu gösterilmiştir (Dülger ve Mayda, 2016; Güney ve ark., 2003; TEMD, 2019). Tablo 2.4.'de obezite tanısında ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşlarınca önerilen BKİ'ye

göre obezite sınıflandırmasını ve ilişkili hastalık riskini özetlemektedir (Bilgili, 2023).

Tablo 2.4. Yetişkin Bireylerde Beden Kitle İndeksine Göre Antropometrik Değerlendirme ve Obezite İlişkili Hastalık Riski (Bilgili, 2023; TEMD, 2019'dan değiştirilerek kullanılmıştır)

Ağırlık Grupları	BKİ (kg/m ²)	Obezite İlişkili Hastalık Riski
Zayıf	<18,50	Azalmış
Normal	18,5 – 24,99	Normal
Fazla Kilolu	25,00 – 29,99	Artmış
Obez	≥30,00	
Hafif Obez	30,00 – 34,99	Yüksek
Orta Derecede Obez	35,00 – 39,99	Çok Yüksek
Morbid Obez	40,00 – 49,99	Çok Yüksek
Süper Obez	≥50,00	Aşırı Yüksek

Bel Çevresi Ölçümü; BKİ'nin obezite tanısı ve vücut yağ dağılımının belirlenmesi konusunda tek başına yeterli olmadığı bilinmektedir. Sporcular veya yüksek kas kütlelerine sahip bireylerde yağ miktarları fazla olmadığı halde yüksek BKİ değerleri saptanmaktadır. Diğer yandan, zayıf görünen ve normal aralıkta BKİ değerlerine sahip kişilerde visseral obezite mevcut olabilmektedir. Bu durumlar göz önüne alındığında, BKİ değerleri obezitenin tespitinde tek başına yeterli olmamaktadır ve bel çevresi ölçümleri ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir. BKİ değerleri 25-35 kg/m² arasında olan bireylerde, bel çevresi ölçümlerinin bilinmesi obezite tanısı için önemli olmaktadır; ancak BKİ değeri 35 kg/m²'nin üzerinde olduğunda bel çevresi ölçümünün önemi kalmamaktadır. BKİ değeri 35 kg/m²'nin üzerinde olan tüm bireyler genellikle obez olarak kabul edilmektedir. Bel çevresi ölçümünün, birey ayakta dururken, kolların yanlarda ve ayakların birbirine bitişik olduğu pozisyonda krista iliaka superiorlar hizasından ölçülmesi önerilmektedir. DSÖ'ye göre santral obezite tanısı için bel çevresi değerleri, kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise 102 cm ve üzerinde olarak kabul edilmektedir. Ancak DSÖ'nün belirlediği sınırlar Türk toplumunun özelliklerini ve kardiyovasküler risk profilini doğru yansıtmamaktadır ve bu amaçla TEMD Obezite-Lipit Metabolizması-Hipertansiyon Çalışma Grubunun

verilerine göre sınırlar erkeklerde 100 cm, kadınlarda 90 cm ve üzerinde belirlenerek abdominal obezite kriteri olarak önerilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; TEMD, 2019).

Deri Kıvrım Kalınlığı Ölçümü; vücuttaki fazla yağın büyük bir kısmının deri altında biriktiği göz önüne alındığında, deri kıvrım kalınlığı ölçümü obezite tanısında kullanılmaktadır. Triseps, biceps, suprascapuler ve suprailiac bölgelerden ölçülen deri kıvrım kalınlığı, kaliper adı verilen bir alet kullanılarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme, cinsiyet ve yaşa özgü geliştirilmiş tablolardan yapılmaktadır. Ortalama deri kıvrım kalınlığının 85. persentilin üzerinde olması fazla kilolu, 95. persentilin üzerinde olması ise obezite olarak tanımlanmaktadır (Smith ve Madden, 2016).

2.5. Obezite ile İlişkili Hastalıklar

Obezite, anormal ve aşırı yağ birikimi ile ilişkilidir ve bu durum birçok hastalığı beraberinde getirebilmektedir. Aynı zamanda bu hastalıkların obezite ile birlikte olması sebebiyle hem komplikasyon riskini artırabildiği hem de tedavi sürecinde çeşitli zorluklara neden olabildiği gösterilmiştir. Artan vücut yağ kütesinin, vasküler yapıları, organları ve hormonal yolları olumsuz yönde etkilediği düşünülerek yapılan epidemiyolojik çalışmalar ile obezitenin artan morbidite ve mortalite riskleri ile tutarlı bir şekilde ilişkilendiği gösterilmiştir (TEMD, 2019; Visscher ve Seidell, 2001).

2.5.1. Tip 2 diabetes mellitus (T2DM)

Tip 2 diyabetin obezite ile sıkı bir ilişkisi bulunduğu ve yapılan araştırmalar ile tip 2 diyabet vakalarının %80'inden fazlasında obezitenin etyolojisinde önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Obez bireylerde kilo kaybının, diyabet riskini azalttığı bilinmektedir. Obezite durumunda, karbonhidrat metabolizması bozulmadan yıllar önce insülin direnci ve hiperinsülinemi gelişebilmektedir (TEMD, 2019). İnsülin, yağ asidi oksidasyonu ve lipogenezden sorumlu bir hormondur. Glukoz homeostazisinde insülin direncine cevap olarak açlık ve yemek sonrası hiperinsülinemi bulguları ortaya çıkmaktadır. Açlık ve hiperinsülinemi, birçok

dokuda aşırı lipit birikimine yol açabilmektedir. Bu nedenle, insülin direncindeki artış, pozitif bir geri bildirim oluşturarak obeziteyi daha da artırabilmektedir (Erion ve Corkey, 2017). Tip 2 diyabetin patofizyolojisi, Tip 1 diyabetten farklıdır. Tüm yaş gruplarında artan obezite sıklığı, düşük fiziksel aktivite, yetersiz beslenme ve şehir yaşamı, Tip 2 diyabetin ortaya çıkma olasılığını artıran faktörlerdir (Ershow, 2009). Tip 1 ve Tip 2 diyabet arasındaki patofizyolojik farklara rağmen, komplikasyonlar yönünden genellikle benzerlik göstermektedirler (Fowler, 2008). Yapılan bir çalışmada 18 yaşından sonra kadınlarda ve 20 yaşından sonra erkeklerde meydana gelen kilo artışının, Tip 2 diyabet insidansını artırdığı saptanmıştır (Bray ve ark., 2018). Başka bir çalışmada ise aynı BKİ değerine sahip bireyler arasında, erkeklerin kadınlardan daha fazla diyabet, insülin direnci ve ektopik yağ seviyelerine sahip olduğu bunun da obeziteye bağlı daha yüksek morbidite ve mortalite oranlarına katkıda bulunabileceği gösterilmiştir (Di Angelantonio ve ark., 2016).

Diyabeti olan obez bireylerde %5-15 arasında bir ağırlık kaybının glisemik parametrelerde belirgin bir iyileşmeye yol açtığı gözlemlendiğinden bu hastaların takibinde kilo kontrolü büyük önem taşımaktadır ve mümkünse %10'luk bir kilo kaybı hedeflenmesi önerilmektedir. Tip 2 diyabeti olan obez hastaların tedavisinde kullanılan antidiyabetik ajanların vücut ağırlığını artırmamasına özen gösterilmeli ve mümkünse kilo kaybına katkıda bulunan ajanların tercih edilmesi önerilmektedir (TEMD, 2019).

2.5.2. Dislipidemi

Dislipidemi, kolesterol ve trigliseridin kanda yüksek seviyelerde bulunması olarak tanımlanır ve kalp damar hastalıkları için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Obezite ile ilişkilendirilen dislipidemi, temel olarak artmış plazma serbest yağ asitleri ve trigliserit düzeyleri, azalmış HDL seviyeleri ve anormal LDL kompozisyonu ile karakterizedir. Bu durumun en önemli nedeni, lipoliz ile adipoz dokudan kontrolsüz serbest yağ asidi salınımı olarak kabul edilmektedir (Mert ve Adaş, 2014). Plazma lipoprotein lipaz aktivitesi obez hastalarda azalarak plazma trigliserit düzeyini artırmakta, diğer taraftan da karaciğerde lipoprotein lipaz aktivitesi artarak HDL yıkımını hızlandırmakta ve dislipidemi gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Güven ve Gürlek, 2004). Aynı zamanda adipoz dokudan salgılanan IL-1, IL-6, TNF- α ,

adiponektin ve serum amyloid-A (SAA) gibi inflamatuvar moleküller ile makrofajlar obezite ilişkili dislipidemi gelişiminde önemli bir rol oynamaktadırlar (Mert ve Adaş, 2014).

Dislipidemisi olan aşırı kilolu veya obez bireylerde yaşam tarzı değişiklikleri aracılığıyla en az %5-10 arası kilo kaybının elde edilmesi önerilmektedir. Her 3 kg kayıp ile trigliserit seviyelerinde ortalama 15 mg/dL azalma, 5-8 kg kayıp ile LDL kolesterol seviyelerinde yaklaşık 5 mg/dL azalma ve HDL kolesterolde 2-3 mg/dL artış gözlemlenmiştir. Düzenli egzersiz, VLDL kolesterolde azalmaya, HDL kolesterolde artışa ve bazı bireylerde ek olarak LDL kolesterolde azalmaya katkı sağlamaktadır (TEMD, 2019).

2.5.3. Kardiyovasküler hastalıklar (KVH)

Kardiyovasküler hastalık, obez bireylerde görülen önemli mortalite ve morbidite sebepleri arasındadır. Uzun süredir obezitenin artmış kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu ilişkinin bir süre önceye kadar obezite ile ilişkili faktörlerden olan dislipidemi, özellikle de düşük HDL seviyeleri, hipertansiyon, bozulmuş glikoz toleransı ya da tip 2 diyabet sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmekteydi. Ancak yapılan prospektif uzun dönem çalışmalarda, obezitenin kardiyovasküler hastalık gelişiminde yalnızca obezite ile ilişkili durumlar ile sorumlu olmadığı gösterilmiştir. Aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.

Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki bu bağlantı hem erkek hem kadın cinsiyette düşük miktarda beden kitle indeksi artışında dahi görülebilmektedir (Helvacı ve ark., 2014). Dünya genelinde gerçekleştirilen bir meta analiz çalışmasında, bireylerin takipleri sırasında ortaya çıkan kardiyovasküler hastalık vakalarını incelemiştir. Yapılan bu analiz sonucunda, beden kitle indeksinde meydana gelen 5 birimlik bir artışın, KVH gelişme olasılığını %29 oranında arttırdığı tespit edilmiştir. Hastaların serum lipit düzeyleri ve kan basıncı değerleri de dikkate alındığında, KVH riskinde %16'lık bir artış daha gözlemlenmiştir. Bu meta analiz ile, obezitenin bağımsız bir risk faktörü olarak KVH geliştirme olasılığını önemli ölçüde artırdığı saptanmıştır (Bogers ve ark., 2007).

2.5.4. Metabolik sendrom (MeS)

Metabolik sendrom, temelde insülin direncinin bir sonucu olarak ortaya çıkan, obezite, glikoz intoleransı veya tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi ve kardiyovasküler hastalıklar gibi sistemik bozuklukların bir araya geldiği bir metabolik sonuçtur. Yapılan çalışmalarda insülin direnci ile santral obezite arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2015). Metabolik bozukluklar; santral obezite, artmış trigliserit düzeyi, azalmış HDL, hiperglisemi ve yüksek kan basıncı ile karakterizedir. Tüm bu durumların tip 2 diyabette 3 kat, KVVH'de 2 kat artışa sebep olduğu tespit edilmiştir. Metabolik sendrom tanılı bireylerde kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin topluma göre 3,5-5,5 kat fazla görüldüğü ve genel mortalite riskinin iki kat arttığı saptanmıştır. Metabolik sendromun meydana gelişi iki ana unsura bağlanmaktadır. Birincisi vücutta anormal veya fazla yağ birikimi, ikincisi ise visseral dokuları da içermek üzere batin içi bölgelerde yağlanma olmasıdır (Zimmet ve ark., 2005).

Metabolik sendrom, düşük besin değerine sahip, yüksek kalorili gıda tüketimi ve düşük fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkilendirilmektedir (French ve ark., 2001). Özellikle gençler arasında obezite eğilimlerinin sürekli olarak arttığı göz önüne alındığında, metabolik sendromun prevalansının gelecekte de artmaya devam etmesi beklenmektedir. Metabolik sendrom ve obezite salgınının kısa vadeli (10 yıllık risk) ve uzun vadeli (yaşam boyu) olarak hem gençlerde hem de yaşlı bireylerde kardiyovasküler hastalık riski üzerinde önemli bir etki yapacağı düşünülmektedir. Nüfusun yaşlanması, fiziksel aktivitenin azalması ve aşırı kilonun küresel bir sorun haline gelmesi, metabolik sendromun özellikle yaşlı popülasyon içinde daha yaygın hale gelmesine neden olmaktadır (Lahti-Koski, 2001).

2.5.5. Hipertansiyon (HT)

Hipertansiyon, inme, miyokart enfarktüsü, kalp yetmezliği, arteriyel anevrizma ve kronik böbrek yetmezliği risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Obez bireylerde hipertansiyon gelişiminde vücut kan hacminde artış, vazo konstrüksiyon, kardiyak outputta artış ve aynı zamanda renin-anjiyotensin-aldosteron aktivitesindeki artış,

hiperinsülinemi, insülin direnci, leptin-melanokortin yolağının etkisi ve obeziteye eşlik eden uyku apne sendromunun rol oynadığı bilinmektedir (TEMD, 2019).

Kan basıncı yüksekliği ile kilo artışı arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Orta derecede bir arteriyel kan basıncındaki artışın yaşam beklentisini kısalttığı ve bu durumun kalp hastalığı riskini artırdığı belirlenmiştir (CDC, 2011). Obezite ve hipertansiyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, aşırı kilolu ve obez bireylerin hipertansiyon riskinin normal kilolu bireylere kıyasla üç kat daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (<https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>, Erişim tarihi: 07 Şubat 2024). Framingham Kalp Çalışmasında, hipertansiyonlu erkeklerin %26'sının ve kadınların %28'inin fazla kilolu veya obez olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, fazla kilolu olmanın yeni hipertansiyon geliştirme riskinin her iki cinsiyet için de yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Aynı çalışma, %10 ağırlık artışının sistolik kan basıncında 7 mm/hg artma ile ilişkilendirildiğini, 1 kg kaybın ise 0,3-0,4 mm/hg azalma getirdiğini göstermiştir (Parati, 2002).

Kilo verme, obez bireylerde hipertansiyon üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Kilo kaybı, hipertansiyonun önlenmesine, hipertansif bireylerde kan basıncının düşmesine ve hatta ilaç dozlarında azalmaya veya tamamen kesilmeye kadar gidebilen etkilere neden olabilmektedir (TEMD, 2019).

2.5.6. Solunum sistemi hastalıkları

Obezite ile obstrüktif uyku apnesi sendromu (OSAS), astım, obezite hipovekilasyon sendromu, pnömoni, ARDS, pulmoner hipertansiyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. (Zammit ve ark., 2010). BKİ meydana gelen altı birimlik bir artış, OSAS riskinde dört katlık bir artışla ilişkilendirilmektedir. Artmış vücut kütlesi, normal solunum için mekanik bir engel oluşturarak bozulmuş uyku kalitesine ve uykuda bölünmelere neden olabilmekte, bu da obstrüktif uyku apnesine yol açabilmektedir (Quintas-Neves ve ark., 2016). OSAS, obezitenin yaygın ancak yeterince vurgulanmayan bir komplikasyonu olarak gün yüzüne çıkmaktadır. Obezite hastalarında, uyku apnesi belirtileri görülen kişilerde uyku apnesi taraması yapılması önerilmektedir. Tedavi edilmeyen uyku apnesi, kardiyorespiratuar sistemle ilgili bir dizi soruna neden olabilmekte ve aynı

zamanda hastanın başarılı bir şekilde kilo vermesini zorlaştırabilmektedir (Wolk ve ark., 2003).

2.5.7. Gastrointestinal sistem hastalıkları

Epidemiyolojik veriler, aşırı adipozite ile gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) arasında sağlam bir ilişki olduğunu doğrulamaktadır. Aşırı kilolu veya obez bireylerde GÖRH prevalansının, genel popülasyona kıyasla belirgin şekilde yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Obezitenin, uzun süreli reflü ile ilişkili komplikasyonlar olan eroziv özofajit ve barret özofagusu gibi durumlarla ilişkilendirildiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu komplikasyonlarla daha yakından ilişkilendirilen unsurun, vücut kitle indeksi yerine santral obezite olduğu düşünülmektedir (TEMD, 2019).

Ayrıca, obezitenin bilinen bir risk faktörü olarak kabul edilen safra kesesi taşı gelişimini artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu riskin özellikle kadınlarda ve morbid obez bireylerde belirgin bir şekilde arttığı gözlemlenmektedir. Obezite, safra kesesi taşı ve buna bağlı pankreatit sıklığındaki artışla da ilişkilidir. Hipertrigliseridemi ve buna bağlı pankreatit prevalansı da obez hastalarda daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bununla birlikte, vücut kitle indeksi 30 kg/m^2 'nin üzerinde olması ve abdominal obezitenin varlığının, sitokinler ve adipokinlerin etkilerine bağlı olarak artan inflamasyona, yükselen intrapankreatik yağ dokusuna ve dolayısıyla pankreatit riskinde artışa neden olduğu bilinmektedir (TEMD, 2019).

Obezitenin artmasıyla birlikte, karaciğer yağlanması artış gösterdiği gözlemlenmektedir. Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYK), kronik karaciğer hastalıkları arasında en sık görülen formudur. Bu durumun, artan obezite insidansı nedeniyle giderek artan bir oranda karşımıza çıktığı düşünülmektedir. NAYK tanısı olan hastaların yaklaşık olarak 2/3'ünün obez bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir. Toplumda sıklıkla görülen bir durum olduğunun ve basit steatozdan başlayarak, steatohepatit, ilerlemiş fibrozis ve siroz gibi geniş bir spektrumlu karaciğer hasarına sebep olabildiğinin akılda tutulması önerilmektedir (Day ve James, 1998; Lazo ve Clark, 2008).

2.5.8. Endokrinolojik bozukluklar

Obezite, hormonal düzensizliklere ve buna bağlı olarak polikistik over sendromuna (PKOS), menstrüasyon düzensizliklerine, erkeklerde ve kadınlarda libido problemlerine, aynı zamanda infertiliteye neden olabilmektedir (Rich-Edwards ve ark., 1994).

PKOS tanılı kadınlarda obezite oranı, sağlıklı kadınlardaki obezite oranından daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu hastaların yaklaşık %30-75'inin fazla kilolu veya obez olduğu tespit edilmiştir. Özellikle abdominal obezite ve eşlik eden hiperinsülinemi durumunda, obezite hirsutizm ve menstruel bozuklukları tetikleyebilmekte ve PKOS'a özgü klinik tablonun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. PKOS tanısı olan kadınların fazla kilolu veya obez olmaları durumunda, üreme ve metabolik sorunlarla karşılaşma olasılığı daha yüksek olarak bulunmuştur (TEMD, 2019).

Ayrıca, erkeklerde hipogonadizmin de obezite ile yakından ilişkili olduğu gözlemlenmektedir. Obezite varlığında testosteron düzeyi düşerken, diyet, egzersiz veya bariatrik cerrahi ile kilo kaybının ardından testosteron düzeyinde artış meydana gelmektedir. Hipogonadizm, sadece obeziteyle değil aynı zamanda osteoporoz, seksüel disfonksiyon, metabolik sendrom ve depresyon gibi durumlarla da yakından ilişkili olmaktadır (TEMD, 2019).

2.5.9. Osteoartrit

Obezite, dizlerde ortaya çıkan osteoartritin temel risk faktörlerinden biridir. Obezitenin, dizlere binen mekanik yükün artmasına sebep olarak, yük binmeyen eklemlerde bulunan yüksek miktardaki adipoz dokusu nedeniyle inflamasyonu artırıcı sitokinlerde bir artışa yol açtığı bilinmektedir. Yürütülen bir araştırmada, kireçlenmelerin dörtte birinin aşırı kilo veya obeziteden kaynaklandığı bildirilmiştir (Barb ve ark. 2023).

2.5.10. Psikiyatrik bozukluklar

Obezitenin sebep olduğu bir dizi psikososyal durum bulunmaktadır. Negatif beden algısı, kişinin kendine güveninin düşük olmasına ve kendini beğenmeme hissine neden olabilmektedir. Bireyler, kiloları nedeniyle toplum içinde ayrımcılığa maruz kalarak veya bu şekilde algılandıklarını düşünerek, sosyal çevrelerinden uzaklaşıp içe kapanık bir yaşam sürebilmektedirler. Obezitenin getirdiğı hastalıklar ve fiziksel sınırlamalar, yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalarda, depresyon ve anksiyete ile obezite arasında bir ilişki bulunmuştur. Bu duruma, fiziksel görünümle ilgili toplumsal baskı, bireyin düşük özgüveni ve toplum içinde damgalanma gibi obezitenin psikososyal sonuçlarının neden olduğu düşünülmektedir (Luppino ve ark., 2010). Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)) verilerine göre, depresif erişkinlerde obezite oranı %43 olarak belirlenmiştir ve duygu durum bozuklukları içinde (özellikle majör depresyon) aşırı kilo ve obezite ile ilişkilendirilmiştir. Ruhsal hastalıkları olan bireylerdeki obezite sıklığına yönelik başka bir çalışma, şizofreni ve depresyon hastalıklarında obezitenin daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (Allison ve ark., 2009). Birçok araştırmada, obezite ve depresyon arasında çift yönlü bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Obezite, depresyon öncesinde başlayabileceği gibi, depresyonun bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir (Luppino ve ark., 2010).

Yapılan bir meta-analizde, aşırı kilolu kadınlarda depresyon gelişme riskinin arttığı, ancak erkeklerde bu riskin azaldığı tespit edilmiştir (Jung ve ark., 2017). Mevcut veriler ışığında, obez kadınlarda obez erkeklere göre psikopatoloji gelişme ihtimalinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Preiss ve ark., 2013). Obez bireylerdeki ağrı deneyiminin depresif semptomları etkileyerek yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü saptanmıştır (Fontaine ve ark., 1997). Yapılan bir çalışmada obez kişilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (Jia ve Lubetkin, 2005). Depresif bozukluk ve obezitenin ortak noktalarını inceleyen bir çalışmada, her iki bozukluğun ailesel geçiş gösterdiği vurgulanmaktadır (Finucane ve ark., 2015). Ayrıca, major depresif bozukluk genetiği ile ilişkili genom çapında

ilişkilendirme çalışmalarında elde edilen en güçlü sinyallerden bazılarının, obezite ile ilişkilendirilen genlerle örtüştüğü tespit edilmiştir (Wheeler ve ark., 2013).

2.5.11. Kanserler

DSÖ tarafından 2022 yılında yapılan değerlendirmeye göre, obezitenin DSÖ Avrupa Bölgesi genelinde yılda en az 200 000 yeni kanser vakasına doğrudan neden olduğu düşünülmektedir ve bu rakamın gelecek yıllarda artması öngörülmektedir. Bölgedeki bazı ülkeler için önümüzdeki yıllarda obezitenin, önlenabilir kanser nedenleri arasında ana risk faktörü olarak sigaranın önüne geçeceği tahmin edilmektedir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024). Türkiye'de gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, 2011 yılında tüm nüfus popülasyonları üzerinde yapılan değerlendirmeye göre, 5 500 kanser vakasının doğrudan obezite ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (<https://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/TÜBA-Gıda,%20Beslenme%20ve%20Kanserin%20Önlenmesi%20Sempozyumu%20Raporu.pdf>, Erişim tarihi: 06 Şubat 2024). Obezite ile bağlantılı kanser türleri arasında özofagus, endometrial, kolon, böbrek ve postmenopozal meme kanserleri öne çıkmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansının 2002'de Avrupa ülkelerini kapsayan araştırma sonuçlarına göre obezitenin kansere katısı, endometriyal kanserde %39, özofagus kanserinde %37, böbrek kanserinde %25, kolon kanserinde %11 ve postmenopozal meme kanserinde %9 olarak belirlenmiştir (Vainio ve ark., 2002). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan 900 000 katılımcının yer aldığı bir kohort çalışmasında obezite ile karaciğer kanserinin, pankreas kanserinin, non-Hodgkin lenfomanın ve miyelomanın da ilişkili olduğunu ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada obezitenin etkisi, obez olan erkeklerin safra kesesi ve karaciğer kanseri ile Non-Hodgkin lenfoma nedeniyle ölüm riskini %50'den fazla artırdığı, aynı şekilde obez kadınların meme, safra kesesi, böbrek ve endometrium kanserleri nedeniyle ölüm riskini de %50'den fazla artırdığı gösterilmiştir. BKİ >40 kg/m² olan kadınların, BKİ 18,5-24,9 kg/m² olan kadınlara göre böbrek kanserinden ölme riskinin 4 kat, serviks kanseri nedeniyle ölme riskinin ise 6 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma ayrıca obezitenin derecesinin artmasıyla kanser riskinde meydana gelen bir artışın tespit edildiğini belirtmektedir (Calle ve ark., 2003).

Yapılan son araştırmalar, kilo vermiş bireylerde kanser riski konusunda obezite ile kanser arasındaki ilişkiyi daha da glendirmekte ve kilo kaybının etkili bir kanser nleme stratejisi olabileceği yönünde kanıtlar sunmaktadır (Prospective Studies Collaboration, 2009). Bir çalışmada, yüksek oranda kilo veren bireylerde kanser görülme oranının kontrol grubuna göre %33 azaldığı rapor edilmiştir (Schauer ve ark., 2019).

2.6. Obezite Tedavisi ve Takibi

Günümüzde küresel bir sorun haline gelen obezitenin, kronik hastalık olarak kabul edilmesi ve bu doğrultuda etkili bir yönetim stratejisi izlenmesi önerilmektedir (Logue ve ark., 2000). Tıpkı diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, obezitenin tedavisinde de hasta ve hekim arasındaki iş birliği son derece önemlidir. Obezite tedavisinin başarısı, tedavi ekibinin bilgi ve becerilerine, hastanın tedavi öncesinde, tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında gösterdiği uyuma bağlıdır (TEMD, 2019).

Çeşitli araştırmalar, obez yetişkinler arasında kilo kaybının potansiyel faydalarını vurgulamış ve komorbiditelerin nlenmesine katkı sağlayabileceğini göstermiştir (Haase ve ark., 2021). Bu bağlamda, sadece sağlıklı davranışları teşvik etmekle kalmayıp aynı zamanda bireyleri vücut ağırlıklarını azaltmaları konusunda desteklemek, eşlik eden hastalıkların geliştirme riskini azaltabilmekte ve obezitede hastalıksız yaşam beklentisini uzatabilmektedir. Sigara içmeyi azaltma, orta düzeyde alkol tüketimi, egzersiz sıklığını artırma, sağlıklı beslenmeye bağlı kalma ve vücut ağırlığını azaltma konularında bireysel danışmanlık ve ulusal düzeyde kamu politikaları, obezite yükünü azaltmak için kritik bir öneme sahiptir (Rassy ve ark., 2023).

Obezitede tedavinin asıl amacı sadece kilo vermek değil, aynı zamanda kaybedilen bu kiloyu korumak, kilo artışına neden olabilecek etkenlerden uzaklaşmak ve yaşam biçimini bu yönde kalıcı olarak değiştirmektir. Tedavinin başarısı, kısa süre içinde hızlı bir şekilde verilen kilo miktarına değil, kaybedilen kilonun uzun süre korunabilmesine göre ölçülmelidir (TEMD, 2019). Çünkü hızlı kilo kaybının ardından, bazı endokrin adaptasyonlar iştahın artmasına ve tokluğun azalmasına neden olabilmektedir. Bu durum, sürekli artan açlık hissine, devam eden kilo

kaybında daha güçlü bir dirence ve nihai kilo geri kazanımına yol açabildiği bilinmektedir (Hall ve Kahan, 2018). Aynı zamanda aşırı hızlı ve fazla kilo kaybının ardından, sağlık sorunları ortaya çıkabilmekte; bu sorunlar arasında safra taşları, elektrolit dengesizlikleri (en sık hipokalemi), hiperürisemi, ritim bozuklukları, depresyon ve yeme bozuklukları (anoreksiya nevroza vb.) yer almaktadır. Bu nedenle obezite tedavi programına dahil edilen hastalarda, kontrolsüz kilo kaybının engellenmesi önem arz etmektedir (TEMD, 2019).

Kilo yönetiminde başarıdan söz edebilmek için, üç aylık bir program boyunca %5'in üzerinde bir kilo kaybının elde edilmesi gerekmektedir (Durrer ve ark., 2019; TEMD, 2019). Bu kayıp %10-15 aralığında ise olumlu bir sonuç, %15'in üzerinde ise mükemmel bir yanıt olarak kabul edilmektedir. Kilo kontrolüne yönelik takip edilen hastaların, ilk 2 ayda 15 günde bir, takip eden 3 ay boyunca ayda bir olmak üzere düzenli kontrollere çağırılması önerilmektedir. Daha ileri takiplerde ise en fazla 3 aylık aralıklarla kontrol gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Bu kontrol vizitlerinde, kilo kayıpları, diyet ve egzersize uyum, eğer kullanılıyorsa ilaçların yan etkileri sorgulanması ve kayıt altına alınması önem arz etmektedir (TEMD, 2019).

Fazla kilolu veya obez bireylerde, müdahalelerin ve yönetimin multidisipliner ekipler tarafından gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Bu müdahaleler arasında yaşam tarzı değişikliği olan beslenme değişiklikleri ve fiziksel aktivite, farmakolojik tedavi, cerrahi tedavi ve davranış değişiklikleri gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır (Tchang ve ark., 2021; Semlitsch ve ark., 2019).

1.6.3. Yaşam tarzı değişikliği

Kalori alımında azalma ve sağlıklı beslenmeye dayalı beslenme değişiklikleri, günlük enerji harcamasını artıran fiziksel aktiviteler ve tüm bunları sürdürülebilir kılan davranış değişikliklerini içeren yaşam tarzı değişiklikleri, obezite yönetiminin temelini oluşturmaktadır (Tchang ve ark., 2021; Semlitsch ve ark., 2019).

2.6.1.1. Beslenme

Obezite için tıbbi beslenme tedavisinin hedefleri bireye özel tüm besin ögesi gereksinimlerini yeterli ve dengeli bir şekilde karşılamak, vücut ağırlığını hedeflenen

düzeye indirmek, yeniden ağırlık kazanımını önlemek ve bu ağırlığı sürekli istenen düzeyde tutmak, bireyin mevcut yanlış beslenme alışkanlıkları yerine doğru ve kalıcı beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve bu doğru alışkanlıkları yaşam boyu sürdürmesini sağlamaktır (TEMD, 2019).

Bireyin kendi kendine kaydettiği besin günlüğü hastanın sağlıklı bir diyet takip etme konusundaki duygusal yeme davranışını, yeme alışkanlıklarını ve çevresel zorluklarla ilgili algılarını ve inançlarını (gece yeme, atıştırma, öğün atlama) anlamak için kullanılabilmekte ve diyetin nitel bir değerlendirmesine olanak tanıdığından önerilmektedir (Yumuk ve ark., 2015).

Genel olarak sağlıklı beslenme planında olması gereken bazı öneriler bulunmaktadır. Bunlar arasında; yiyecek ve içeceklerin enerji yoğunluğunun azaltılması, yiyecek porsiyonlarının küçültülmesi, öğünler arasında atıştırmaktan kaçınılması, kahvaltıyı atlamamak ve gece yeme alışkanlığından kaçınılması, kontrol kaybı veya aşırı yeme nöbetlerinin yönetilmesi ve azaltılması konusunda hastaların bilgilendirilmesi tavsiye edilmektedir. Bireyleri sağlıklı beslenme konusunda teşvik etme ve sebze, baklagiller, mercimek, fasulye, tahıl, şekerli tahıl ve lif içeren gıdaların tüketimini artırmasının vurgulanması önerilmektedir. Az yağlı süt ürünleri ve etlerin tercih edilmesi, deniz ürünlerinin artan alımının teşvik edilmesi gerekmektedir. Sağlıklı yağ alımı (katı yağlardan kaçınılması, avokado, balık, zeytin yağları gibi sağlıklı yağların tüketilmesi), su alımının artırılması ayrıca, şekerli içecekler, alkol içeren içecekler, ilave şeker ve katı yağ içeren gıdalardan kaçınılması önerilmektedir (Yumuk ve ark., 2015). Günlük tuz alımının, 5-6 gramı (1 çay kaşığı) aşmaması, düşük glisemik indekse sahip besinlerin tüketilmesi, günlük beslenme programı 4-6 öğün olarak planlanması ve öğünler arasındaki sürenin 3-4 saati geçmemesi tavsiye edilmektedir (TEMD, 2019).

Beslenme tedavisinde bireyin günlük kalori alımının, haftada 0,5-1 kg ağırlık kaybı sağlayacak şekilde yaklaşık 500-1 000 kilokalori (kcal) azaltılması önerilmektedir (Tchang ve ark., 2021; Semlitsch ve ark., 2019). Kilo kaybı için ağırlığı sabit olan bireylerde, alışılmış günlük enerji alımında %15-30'luk bir azalmanın yeterli ve uygun olacağı kabul edilmektedir. Ancak bireyler arasında enerji gereksinimleri yaş, cinsiyet, BKİ ve fiziksel aktivite düzeyine bağlı olarak büyük ölçüde

değişebilmektedir. Genel bir kural olarak, her iki cinsiyet için günlük enerji gereksinimi 25 kcal/kg olarak kabul edilmektedir; ancak, bu değer kadınlara göre aynı vücut ağırlığına sahip erkeklerde daha büyük bir enerji açığı oluşturabilmektedir (Yumuk ve ark., 2015). Kadınlar için günlük kalori alımı 1 200-1 500 kcal/gün, erkekler için ise 1 500-1 800 kcal/gün aralığında olması önerilmektedir (Tchang ve ark., 2021).

Bireyin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış kilo kaybını destekleyen bir beslenme programı genellikle günlük 600 kcal/gün enerji açığı sağlamalıdır. Bu değer ile haftalık yaklaşık 0,5 kg'lık bir kilo kaybı oluşacağı öngörebilmektedir. Örneğin, BMI'si 32 kg/m² olan ve tahmini günlük 2 100 kcal ihtiyacı olan sedanter bir obez kadın için, 1 400-1 600 kcal/gün arasında olan bir beslenme programı ile haftalık 0,5 kg kayıp öngörülebilir (Yumuk ve ark., 2015).

Günlük enerji alımının yaklaşık %12-15'i proteinlerden gelmesi önerilmektedir. Yağ alımının %25-30 arasında olması, bunun içinde doymuş yağ asitleri oranı <%10, çoklu doymamış yağ asitleri oranı %7-8, tekli doymamış yağ asitleri oranı ise %10-15 olması gerekmektedir. Karbonhidratların ise günlük enerjinin %55-60'ını oluşturması önerilmektedir (TEMD, 2019).

Zayıflama diyetlerinde genellikle vitamin-mineral gibi mikro besin yetersizlikleri, çok düşük enerjili diyetler uygulanmadıkça ortaya çıkmamaktadır. Düşük kalorili diyetler günde 1 200 kcal'dan, çok düşük kalorili diyetler ise günde 800 kcal'dan daha az enerji sağlayan diyetlerdir. Ancak, çok düşük kalorili diyetler, sadece beslenme durumunu değil, aynı zamanda kilo yönetimi sonuçlarını olumsuz etkileyebilecek mikro besin eksikliklerine neden olabilmektedir. Bu durumda, besin takviyelerinin uygun kullanımı, bu tür besin eksikliklerini önleyebilmektedir. Özellikle B grubu vitaminler, demir ve kalsiyum eksiklikleri çok düşük enerjili diyetlerde ortaya çıkabilmektedir. Erkekler için 1 500 kcal, kadınlar için 1 200 kcal'dan düşük enerji sağlanan diyetlerde, gerekli hallerde günlük ek vitamin, mineral desteği kullanılması önerilmektedir (Dubnov-Raz ve Berry, 2008; Heymsfield ve ark. 2003; TEMD, 2019).

2.6.1.2. Egzersiz

İskelet kasları kullanılarak gerçekleştirilen ve enerji harcamayı gerektiren her türlü hareket, fiziksel aktivite olarak adlandırılmakta ve planlı, düzenli ve tekrarlanabilir fiziksel aktivite ise egzersiz olarak kabul edilmektedir (Tchang ve ark., 2021).

Egzersiz, yaşam tarzı değişikliğinin önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Çeşitli çalışmalar, egzersizi kalori kısıtlamasıyla birleştirmenin, tek başına diyetle karşılaştırıldığında vücut ağırlığını ve yağını azaltma ile kas kütlesini koruma konusunda üstün olduğunu bildirmektedir. Zaman kısıtlamalarını göz önünde bulundurduğumuzda, aerobik egzersizin yağ kütlesini azaltmak için etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. Orta yaşlı ve aşırı kilolu/obez bireylerde, direnç eğitimini içeren bir programın uygulanması, kas kütlesini artırmak için önerilebilmektedir. Bununla birlikte, tartışmayı 'kilo kaybı' veya 'yağ kütlesi kaybı' sonucuyla sınırlandıırırsak, literatürde yalnızca aerobik egzersizin etkinliğini destekleyen sağlam kanıtlar bulunmaktadır (Geliebter ve ark., 2015; Willis ve ark., 2012). Bunun yanında aerobik egzersiz ile birlikte uygulanan direnç egzersizinin obezite ve buna bağlı hastalıkları olan hastalar için faydalı olduğunu gösteren yeterli kanıt bulunmaktadır (Tchang ve ark., 2021). Bu nedenle, bilimsel kılavuzlar, haftada en az 150 dakika orta derecede aerobik egzersizin (örneğin, tempolu yürüyüş) haftalık üç seans direnç egzersizi ile birleştirilmesini önermektedir (Geliebter ve ark., 2015; Willis ve ark., 2012).

Artan fiziksel aktivite, karın içi yağ miktarını azaltmakta, kas kütlesini artırmaktadır. Aynı zamanda, kilo kaybına bağlı oluşan bazal metabolizma hızındaki azalmayı düşürmekte, kan basıncını düşürmekte, glikoz toleransını, insülin duyarlılığını, lipid profili ve fiziksel kondisyonu iyileştirmektedir. Ayrıca, diyet rejimine uyumu artırmakta ve uzun vadeli kilo kontrolü üzerinde olumlu bir etki yapmaktadır. Bu, esenlik ve benlik saygısını artırmakta neticede anksiyete ve depresyonu azaltmaktadır (Kay ve Fiatarone, 2006; Lee ve ark., 2005; Ross ve ark., 2004).

Hastaların sedanter yaşam davranışlarını azaltmaları (örneğin televizyon izleme ve bilgisayar kullanımını azaltmak) ve günlük aktiviteleri artırmaları (örneğin yürüme veya bisiklet sürme gibi, asansör yerine merdiven kullanmak gibi) önerilmektedir.

Hastalara fiziksel aktiviteyi benimsemeleri konusunda yardımcı olunması gerekmektedir. Egzersiz tavsiyesinin, hastanın yetenek ve sağlık durumuna uygun olarak uyarlanması ve güvenli seviyelere kademeli bir artışla çıkılması ve günlük yaşam etkinliklerinin (bahçe işleri, yürüme, bisiklete binme gibi) dikkate alınması önerilmektedir (Jakicic ve Otto, 2005; Semlitsch ve ark., 2009; Swift ve ark., 2014).

2.6.1.3. Uyku

Uyku, bireyin dış uyarıcılara cevap eşiğinin yükseldiği, geri dönüşümlü bir durumdur (Jones, 2005). Yetişkin bir birey için genellikle 7,5-8 saat uyku yeterli kabul edilmektedir. Ancak uyku süresinin 4 saatten az veya 9 saatten fazla olması genellikle normal kabul edilmemektedir. Uyku süresindeki artış genellikle bireyin etkinliğinin azalmasıyla ilişkilendirilmektedir (Aydın ve Yetkin, 2008).

Uyku hijyenine yönelik dikkat edilmesi gereken öneriler bulunmaktadır. Her gün aynı saatte uyanmak, dinlendirici bir uyku alışkanlığı geliştirmek ve uyku ritmini korumak için önemlidir. Yatma zamanının düzenli olması, gündüz uykularının sınırlandırılması, akşam saatlerinden önce düzenli aerobik egzersizler yapılması fakat yatmadan önce fiziksel olarak yorucu aktivitelerden kaçınılması gerekmektedir. Yatak odasının uyku ve cinsel aktiviteler dışında kullanılmaması, sessiz, ışık ve ısı bakımından ideal bir ortamın sağlanması ve aşırı sert veya yumuşak yataklardan kaçınılması önerilmektedir. Bunun yanında yatmadan önce aç kalmamak fakat öncesinde ağır yemeklerden ve aşırı sıvı alımından, kafeinli, alkollü ve gazlı içeceklerden ve tütün kullanımından en az 6 saat önce kaçınmak gerekmektedir. Uyku gelmediyse uyumak için zorlanmaması, solunum egzersizleri gibi gevşeme tekniklerinin kullanılması ve eğer yatakta 15-30 dakika içinde uykuya dalınamıyorsa yataktan kalkıp başka bir odaya geçilmesi gibi alışkanlıklar, sağlıklı bir uyku için destekleyici olabilmektedir (Yetkin ve Özgen, 2011).

2.6.2. Farmakoterapi

Obez hastalarda yaşam tarzı müdahalesine ek olarak, hedeflenen kilo kaybına ulaşırken destekleyici olarak endikasyonlar dahilinde farmakoterapi düşünülmesi önerilmektedir (Semlitsch ve ark., 2019). BKİ 30 kg/m² ve üzerinde olan bireylerde

veya BKİ 27 kg/m² ve üzerinde ve en az bir obezite ile ilişkili komplikasyon bulunan hastalarda tek başına yaşam tarzı müdahaleleriyle yeterli kilo kaybı sağlanamadığında farmakoterapi uygulanabilmektedir. Farmakoterapi uygulamasında amaç kilo vermek ve sağlığı iyileştirmek için hastaların düşük kalorili diyetlere daha iyi uymalarına yardımcı olmak ve kilo alımına sebep olan patofizyolojik mekanizmaları ile metabolik adaptasyonları doğrudan ele almaktır (Semlitsch ve ark., 2019; Tchang ve ark., 2019). Farmakolojik tedaviye başlandıktan sonra, ilk 3 ay içinde vücut ağırlığının en az %5'ini kaybeden veya tedavinin ilk ayında en az 2 kilogram kaybeden hastalarda tedaviye devam edilmesi önerilmektedir (Semlitsch ve ark., 2019).

Obezite tedavisinde kullanılması önerilen ilaçlar aşağıda verilmiştir (Tchang ve ark., 2019; TEMD, 2019).

- Orlistat
- Liraglutid
- Fentermin
- Fentermin/Topiramat
- Lorkaserin
- Dietilpropion
- Naltrekson/Bupropion

Liraglutid 3 mg ve Orlistat ülkemizde obezitenin farmakolojik tedavisinde ruhsatı bulunan ilaçlardandır (TEMD, 2019).

2.6.3. Bariatrik cerrahi

Obezitenin temel tedavisi olarak yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir. Ancak hedeflenen kilo kaybı sağlanamadığında, farmakoterapi alternatif bir seçenek olarak düşünülmektedir. Ayrıca, daha fazla kilo kaybı hedeflendiğinde ve kilo ile ilişkili komorbiditelerde daha fazla iyileşme sağlamak amacıyla cerrahi tedavi yöntemleri de değerlendirilebilmektedir (Tchang ve ark., 2019; TEMD, 2019). Farmakoterapi veya davranışsal tedaviye rağmen yeterli kilo kaybına ulaşılamayan hastalarda bariatrik cerrahi düşünülmesi önerilmektedir. BKİ 40 kg/m² ve üzeri olan veya BKİ 35 kg/m²

ve üzeri olan ve obezite ile ilişkili en az bir komplikasyona sahip yetişkinler bariatrik cerrahi endikasyon dahilinde bulunmaktadır (Semlitsch ve ark., 2019; Tchang ve ark., 2019; TEMD, 2019). Bariatrik cerrahi öncesinde hastaların cerrahi endikasyonlar ve kontrendikasyonlar bakımından detaylı bir değerlendirmeye tabi tutulması gerekmektedir. Ayrıca, hastaların cerrahiye uyum, istek ve kararlılık durumları belirlenmelidir. Bu nedenle, cerrahi kararı verilmeden önce hastaların en az altı ay süreyle bir endokrinoloji birimi tarafından takip edilmesi, uygun bir önlem olarak düşünülebilir (TEMD, 2019) Cerrahi tedavinin planlanması ve takip süreci (en az iki yıl) multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (Semlitsch ve ark., 2019).

En fazla uygulanan dört cerrahi teknik aşağıda verilmiştir (Tchang ve ark., 2019; TEMD, 2019).

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG)

- Laparoskopik ayarlanabilir gastrik bant (LAGB)
- Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB)
- Biliopankreatik diversiyon ± duodenal switch

2.6.4. Bilişsel davranışçı terapi

Obezite, bir psikososyal nedene bağlı oluşabilmekte bunun yanında fiziksel sağlık sorunlarına sebep olduğu gibi psikososyal sorunlara da yol açabilmektedir. Bu nedenle kilo verme sürecinde beslenme ve fiziksel aktivite değişikliklerinin yanında gerekli hallerde davranış değişiklikleri de eklenmesi önerilmektedir (Barrett ve ark., 2018; Semlitsch ve ark., 2019; Tchang ve ark., 2019; TEMD, 2019). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), psikiyatrik yaklaşımlar içerisinde kullanılan ve tedavi sürecinin her aşamasında etkili bir yöntem olan bir terapi. Temeli klasik ve edimsel koşullama prensiplerine dayanmaktadır. BDT uygulanmadan önce hastaların bir değerlendirmeye tabi tutulması gerekmektedir. Bu değerlendirme sürecinde, bireyin önceki kilo verme deneyimleri, eşlik eden psikiyatrik ve tıbbi sorunları, motivasyon seviyesi ve detaylı yeme alışkanlıkları gibi faktörler incelenmelidir. BDT'nin en uygun olduğu hasta profili, kilo verme isteğinde olan, terapiye uyum

sağlayabilecek ve ek bir psikiyatrik hastalığı olmayan, BKİ değeri 30 ile 50 kg/m² arasında olan yetişkinlerdir (TEMD, 2019).

Davranış terapisinin temel hedefi, hastanın yeme ve egzersiz alışkanlıklarında değişim yaratmaktır. Bu amaçla hastadan çeşitli beceriler kazanması beklenmektedir. Beslenme eğitimi ve egzersiz konularının yanı sıra, kendini izleme, hedef belirleme, dürtü kontrolü, davranışsal yerine koyma ve pozitif pekiştirme gibi beceriler bu süreçte önemlidir. Tedavi hedefleri arasında ayrıca, sosyal destek sistemlerinin gözden geçirilmesi ve bilişsel değişikliklerin yer alması gerekmektedir (Tchang ve ark., 2019; TEMD, 2019).

Davranışsal müdahalelerin, tedavinin ilk ayında %2,5 oranında kilo kaybı sağlanamazsa daha yoğun bir şekilde uygulanması önerilmektedir. Bu müdahaleler, motivasyonel görüşmeler, uyarıcı kontrolü ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi çeşitli stratejileri içermektedir. Düzenli olarak, haftalık veya aylık periyotlarda yüz yüze veya elektronik ortamda gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Semlitsch ve ark., 2019; Tchang ve ark., 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız niteliksel yöntemle yapılmış olup tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kronik Hastalık Tarama ve İzlem Polikliniğinde 2023 yılında yapılmıştır. 01.12.2023-31.12.2023 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kronik Hastalık Tarama ve İzlem Polikliniği'ne başvuran, en az üç ay önce takip edilen hekim tarafından yaşam tarzı değişikliği önerileri alan morbid obezite tanılı erişkin hastalar oluşturmaktadır. Veri doyumuna (benzer ve tekrar eden görüş ve ifadeler) ulaşıldığında, görüşmeler sonlandırılmıştır. Böylelikle çalışma grubu, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kronik Hastalık Tarama ve İzlem Polikliniği'ne başvuran, çeşitli sosyo-demografik özelliklere sahip, en az 3 ay önce takip edilen hekim tarafından yaşam tarzı değişikliği önerileri almış morbid obezite tanılı 17 erişkin hastadan oluşmaktadır.

3.4. Araştırma Hipotezi

Nitel araştırmalarda yanlışlığı veya doğruluğu değerlendirilmek üzere önceden belirlenmiş bir hipotez ya da kuram bulunmamaktadır (Toy ve Tosunoğlu, 2007; Yıldırım ve Şimsek, 2016). Bu nedenle, çalışma için özel araştırma soruları oluşturulmuştur.

“Morbid obez hastalar, yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumlarını nasıl değerlendiriyorlar?”

Yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumlarını etkileyen engeller ve kolaylaştırıcılar neler?

Bu engelleri ve kolaylaştırıcıları kendi deneyimleri ile nasıl değerlendiriyorlar?

Morbid obez hastaların yaşam tarzı önerilerine uyumlarını arttırmak için neler yapılabilir?”

3.5. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmada, sosyo-demografik verileri sorgulayan beş soru, antropometrik ölçümlerin sorgulandığı bir soru ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun değerlendirildiği bir soru olmak üzere toplam yedi sorudan oluşan anket formu ve morbid obez bireylerin deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan beş açık uçlu soru içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılarak veri toplanmıştır. Görüşme formundaki sorular, literatürle desteklenerek morbid obez bireylerin konuyla ilgili deneyimlerini açığa çıkarmak için özenle hazırlanmıştır. Görüşme sorularına yönelik kavramsal bir çerçeve, araştırma konusuyla ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılarak belirlenmiştir. Soruların anlaşılır ve akıcı olmasına özen gösterilirken, yönlendirici sorulardan kaçınılmıştır (Ek-1).

Morbid obez bireylerle gerçekleştirilen görüşmelerde derinlemesine görüşme tekniği uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi, hazırlanan soru formuna bağlı kalınarak, bir olayı veya algıyı netleştirmek için ilave soruların sorulabileceği bir teknik olarak benimsenmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Çalışmaya katılan bireylere, görüşme öncesinde araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek ve sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara, katılımlarının tamamen gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri takdirde çalışmaya katılımlarını sonlandırabilecekleri, çalışmanın amacı ve yürütüldüğü kuruluş hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı, kişisel bilgilerin (ad, soyadı vb.) alınmayacağı açıklanmıştır.

Görüşmeler, katılımcılarla belirlenen zamanlarda, 01.12.2023-31.12.2023 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kronik

Hastalık Tarama ve İzlem Polikliniği'nde, yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların izniyle ses kaydı alınmıştır ve notlar tutularak görüşme gerçekleştirilmiştir. İki katılımcı ses kaydına izin vermediği için görüşme notlarla kaydedilmiştir. Görüşmeler, karşılıklı aynı düzeyde oturularak, aktif dinleme ve soru formları yardımıyla yönlendirilerek gerçekleştirilmiştir. Ortalama olarak, görüşmeler 45 dakika sürmüştür. Elde edilen ses kayıtları ve notlar daha sonra araştırmacı tarafından yazı formatına çevrilmiş ve analiz aşamasına geçilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Derinlemesine görüşmelerin metinleri, önceden belirlenen algıları ve tutumları açığa çıkarmak amacıyla incelenmiştir. Metinler, içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Bu analizde, her bir veri özel kelimelerle kodlanmıştır. Benzer kodlar, hiyerarşik bir yapı içinde kavramlar, kategoriler ve temalar altında gruplandırılmıştır. Bu kavramlar kullanılarak verilerin anlamlandırılması hedeflenmiştir. Daha sonra, anlamlandırılan verilerin bulgular bölümünde detaylandırılması ve yorumlanması gerçekleştirilmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

İlk aşamada, görüşmeler araştırmacı tarafından elektronik ortamda yazılı hale getirilmiştir ve ardından elde edilen tüm veriler iki bağımsız araştırmacı tarafından tekrar tekrar okunarak kodlanmıştır. Bu kodlamalardan ve görüşmeler sırasında alınan notlardan yola çıkarak, amaca uygun olarak temalar belirlenmiştir. Üçüncü bir bağımsız kişi, bu temaları kontrol etmiştir. Daha sonra, üç araştırmacı bir araya gelerek kodlar ve temalar üzerinde fikir birliğine varılmıştır. Veriler, belirlenen temalar altında gruplandırılmıştır. Kodlama ve tema oluşturma süreci tekrarlanarak, verinin araştırma sorusuna uygun düşen kısımları bulgular bölümünde sunulmuştur. Verilerin nicel analizi için SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır, nitel analizde ise uygun programlar tercih edilmiştir.

3.7. Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Araştırma; amaçlı örnekleme yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan morbid obez bireylerden araştırmaya katılmayı kabul edenlerle sınırlandırıldı. Araştırma bulguları çalışma grubu ile sınırlıdır, evrene

genellenemez. Nitel araştırmada elde edilen bulguların genellenebilmesi g olması nedeniyle elde edilen bulgular çalışma grubu ile sınırlıdır ve evrene genellenemez. Araştırmanın verileri, araştırmanın yürütüldüğü zaman diliminin özellikleri ile sınırlı olup, katılımcılarla yapılan görüşmeler süresince elde edilenlerle sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29/11/2023 tarihinde alınan E.209430 numaralı izinle yürütülmüştür (Ek-2). Katılımcılara çalışmanın amacı, cevapların gizliliği ve verilerin kullanımıyla ilgili bilgiler verildikten sonra, gönüllü olan morbid obez bireyler örnekleme dahil edilmiştir. Araştırma etiği çerçevesinde, katılımcıların isimleri kullanılmamıştır.

4. BULGULAR

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kronik Hastalık Tarama ve İzlem Polikliniği'ne başvuran 17 morbid obez hasta ile yürütülmüştür. Katılımcıların %82,3'ü (n=14) kadın, %17,6'sı (n=3) erkektir. Yaş ortalaması $47,76 \pm 14,88$ standart sapma (SS) yıldır.

Katılımcıların medeni durumu; %47'si (n=8) evli, 29,4'ü (n=5) bekar, %11,7'sinin (n=2) eşi ölmüş, %5,8'i (n=1) boşanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumu; %5,8'i (n=1) okuryazar değil, %5,8'i (n=1) okuryazar, %23,5'i (n=4) ilkokul mezunu, 29,4'ü (n=5) ortaokul mezunu, %23,5'i (n=4) lise mezunu, %11,7'si, (n=2) üniversite mezunudur.

Katılımcılar ekonomik durumunu; %41,1'i (n=7) düşük, %41,1'i (n=7) orta, %17,6'sı (n=3) yüksek olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların başlangıç BKİ değerleri ortalaması $43,38 \pm 3$ (SS) kg/m^2 'dir. Katılımcıların güncel BKİ değerleri ortalaması $40,33 \pm 6,49$ (SS) kg/m^2 'dir.

Morbid obez erişkinlerin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarının önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları değerlendirmek üzere yapılan bu çalışmada; katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmeler ile elde edilen veriler sonucunda engeller ve kolaylaştırıcılar temaları için ayrı ayrı belirlenen alt temalar ve kategoriler Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Bu alt tema ve kategoriler hakkında detaylı açıklamalar yapılmış, her bir kategori için belirlenen kodlarla ilgili örnek cümlelere vurgu yapılmıştır.

Görüşme nitel verilerinden elde edilen bulgular; katılımcıların yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyum sürecinde karşılaştıkları “engeller” ve “kolaylaştırıcılar” olarak iki tema altında sunulmuştur.

Tablo 4.1. Erişkin Morbid Obez Hastalarda Yaşam Tarzı Önerilerine Uyumun Önündeki Engeller ve Kolaylaştırıcılar için Belirlenen Tema, Alt Temalar ve Kategoriler

Tema	Alt Tema	Kategori
Engeller	Genel Sağlık Durumu	Ağrılar Kronik Hastalıklar Psikolojik Rahatsızlıklar Ameliyat Geçmişi
	İçsel Motivasyon	Başlayamamak Büyük Hedefler Koymak Kötü Alışkanlıklar Devam Edememek
	Sosyal İlişkiler ve Etkileşimler	Eş Aile Arkadaşlar İş Hayatı Bakıma Muhtaç Yakın Varlığı
	Fırsatların Varlığı	Zaman Kısıtlılığı Ekonomik Kısıtlılıklar Çevresel Kısıtlılıklar
	Kontrol Edebilirlik ve Yeterlilik İnançları	Otokontrol Eksikliği Yetersizlik Hissiyatı Başarıya İnanç Azalması
Kolaylaştırıcılar	Genel Sağlık Durumu	Ağrılar Kronik Hastalıklar Ameliyat
	İçsel Motivasyon	Sağlıklı Olmak Ulaşılabilir Hedefler Koymak Ebeveyn Olmak Beğenilme Arzusu
	Sosyal İlişkiler ve Etkileşimler	Eş Aile Arkadaşlar İş Hayatı
	Fırsatların Varlığı	Zamansal İmkanlar Ekonomik İmkanlar Çevresel İmkanlar
	Kontrol Edebilirlik ve Yeterlilik İnançları	Otokontrol Varlığı Yeterlilik İnanç Hedeflere Odaklanma

sağlık durumları ile ilgili bahsettikleri ağrılar, kronik hastalıklar, psikolojik rahatsızlıklar ve ameliyat geçmişi olarak dört kategoride değerlendirilmiştir.

4.1.1.1. Ağrılar

Katılımcıların görüşmeler sırasında sıklıkla ağrılarının varlığına değindikleri ve bu ağrılarının egzersiz ve uyku önerilerine uyumları konusunda kendilerini engelleyici faktör olduğundan bahsettikleri görülmüştür.

K1: "...yürüyüş yapamadım ki. Sırt ağrım var, bel ağrım var, kollarım, dirseklerim ağrıyor. Çok kısa mesafeler yürüyebiliyorum. Bu ağrılar geçmezse ben de mutsuzluktan öleceğim sanki..."

K3: "...haftada en az 3 gün 50 dakika yürüyüş yapsam çok güzel olurdu, ama bel ve diz ağrılarım yüzünden yapamadım. Biliyorum bahane diye düşünüyorsunuz ama ben de farkındayım yürümem gerektiğini. İnanın üç yıl önceye kadar bir şey yoktu dizlerimde. Spor salonunda uzun süreler koşu bandında yürüdükçe, bir de yılların birikimi işçi olarak çalıştığım için bu diz ağrıları bana miras kaldı..."

K14: "...ağrılarım yüzünden bazen uyuyamıyorum. Böyle olunca uyku düzenimi de bozuyor. Gündüz çok yorulunca belim ağrıyor. Uyuyamıyorum..."

K16: "...ama ben nasıl egzersiz yapabilirim ki, buraya bile kapıya kadar taksi ile geldim. Taksiye binmesem otobüs durağından buraya yürüyene kadar dizlerim çok ağrıyor, ağrılarım çok fazla..."

K17: "...son zamanlarda kilo aldıkça akşamları ağrılarım çok arttı, tabi çok mutsuzum, uykularım bozuldu bu ağrılar yüzünden. Tam bir sürece başlayacağım diyorum ağrılarım da başlıyor. Doktora gidiyorum, bel, diz ağrılarım var diyorum. Bana "önce kilo ver" diyor. İyi de ben zaten kilolu olduğum için ağrılarım var biliyorum. Ama çözüm yok. Kilo da veremiyorum..."

4.1.1.2. Kronik Hastalıklar

Katılımcılar kronik hastalıklarının beslenme, egzersiz ve uyku önerilerine uyumları konusunda engel teşkil ettiğinden bahsetmişlerdir. Poliklinik kontrolleri sırasında

yeni hastalıkların eklenmesi ve artan ilaç kullanımının getirdiği zorluklar, katılımcıların yaşam tarzı önerilerini uygulamada fiziksel güçlerini yitirdikleri ve bu durumun onlarda bıkkınlık oluşturduğu yönündeki ifadelerine yansımıştır. Bazı katılımcılar, kullandıkları ilaçların kilo aldırıcı etkisinin, beslenmelerine dikkat etmelerine rağmen kilo almalarına neden olduğunu ve bu nedenle ilaçların engelleyici faktör olduğunu dile getirmişlerdir.

K1: “...bir sürü hastalığım var; şeker, tansiyon... Zaten obezite de kronik bir hastalık, hatta insana yapışmış bir hastalık. Tamam kabul ediyorum ama bunun için fazladan bir şey yapacak gücüm yok...”

K3: “...bir çanta dolusu ilaçla geziyorum. Biliyorsunuz işte kullandığım ilaçları, sabah ayrı akşam ayrı. İlaçları düşün, yiyeceklerini düşün buna bir de yürüyüş ekle, ben hangi biriyle uğraşacağım...”

K4: “...kontrol için doktora gidiyorum zaten yıllardır tansiyon problemim var. Gittiğimde kanlarımda şeker çıkıyor, sonraki gidişimde tiroit çıkıyor. Bitmiyor ki hastalıklar, hep yenisi ekleniyor. Bir sürü ilaç kullan. Sonra “yediklerine dikkat et” diyorlar. Kolay olmuyor öyle, yapılmıyor. Bıktım artık...”

K5: “...ben aslında yediklerime dikkat etmeye çalışıyorum. Ama benim kullandığım ilaçlar bana kilo yaptı. Ne zaman başladım bu ilaçlara işte o zamandan beri şiştim. İlacın da muadili yokmuş sanırım ya da varmış da o da aynı yan etkiyi yaparmış. Uzmanım öyle söyledi...”

K14: “...tansiyon ilacına başladığımdan beri geceleri çok idrara kalkıyorum. Uykularım hep bölünüyor. Dediklerinizi uygulamaya çalıştım ama olmadı yine de uyanıyorum...”

K16: “...şeker hastası olduğum için aç kalmamam gerekiyor, hemen şekerim düşüyor. Hep yanımda yiyecek bir şeyler taşıyorum. Geceleri acıkıyorum, yemeden duramıyorum, e korkuyorum ya şekerim düşerse. Öyle olunca yediklerime de dikkat edemedim tabi...”

4.1.1.3. Psikolojik rahatsızlıklar

Katılımcılar zamansal olarak değişiklik gösteren veya kötüleşen psikolojik durumlarının beslenmelerini, egzersizlerini ve özellikle uyku düzenlerini negatif yönde etkilediğinden bahsetmişlerdir. Bir katılımcı gece yeme bozukluğuna sahip olduğundan, bu durumun beslenme önerilerine uyumunu engellediğinden bahsetmiştir.

K2: "...son zamanlarda antidepresanın dozu yetmiyor sanırım. Uykularım bozuldu, başlangıçta beslenmeme dikkat ediyordum ama sonrasında isteksizlik hali başlayınca onu da uygulayamadım. Yürüsem iyi gelirdi aslında, açık hava rahatlatırdı ama motivasyon bulamadım kendimde, çıkamadım yürüyüşe de..."

K5: "...panik atağım bazen geceleri tutuyor. Uyku uyuyamıyorum, sonrasında sakinleşmek için yemek yiyorum sanırım. Buzdolabının önünde buluyorum kendimi. Yiyorum, rahatlıyorum..."

K7: "...beslenmeme dikkat etmeye çalışıyorum ama geceleri uyanıp yemek yemeden uyuyamıyorum. Yine yedim mesela dün gece. Bunu nasıl aşacağım bilmiyorum..."

4.1.1.4. Ameliyat Geçmişi

Katılımcılardan bazıları özellikle ortopedik ameliyat geçmişlerinden bahsederek bu durumun egzersiz önerilerini uygulama konusundaki engelleyici faktör olduğunu belirtmişlerdir. Bir katılımcı ise yaşam tarzı önerilerini uygularken yeni gelişen sağlık problemleri sebebiyle geçirdiği operasyonun önerileri uygulamasına engel olduğundan bahsetmiştir.

K1: "...diz ameliyatlıyım. Çok fazla yürüyemiyorum, en fazla 15 dakika o da markete git gel o kadar..."

K3: "...aslında yine çabalarım, yürürüm diyordum. Ama diz ağrılarımın yanında bir de bel fıtığından ameliyatlıyım ben. Yürüyemedim, yürüdükçe belime baskı yaptı, ağrılarım arttı, korktum yine ameliyat gerekirse diye, bıraktım yürüyüşü..."

K12: “...dikkat ediyordum. Güzel de kilo vermiştim biliyorsunuz. Ama sonra işte kanamalarım sebebiyle kadın doğuma kontrole gitmiştim. Miyomun çok büyük ameliyat gerekiyor dediler. Sonra bütün düzen bozuldu. Tabi ne yürüyüş yapabildim ne bir şey. Hastanede bir hafta kaldım, yemeklerime de dikkat edemedim. Yeni yeni toparlıyorum...”

4.1.2. İçsel motivasyon

Katılımcılar ile yaptığımız görüşmeler sonucunda yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyum konusunda içsel motivasyonu azaltan faktörlerin genellikle bireyin bir olaydan kaçınma, yanlış hedefler koyma, alışkanlıkları terk edememe ve zararı en aza indirme isteğiyle ilgili olarak ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Bu bağlamda bahsedilen kodlar; başlayamamak, büyük hedefler koymak, kötü alışkanlıklar ve devam edememek olarak dört kategoride incelenmiştir.

4.1.2.1. Başlayamamak

Görüşmeler sırasında katılımcıların yaşam tarzı değişikliği önerilerini uygulamaya başlamak ve başlayamamak konusundan fazlaca bahsettiği görülmüştür. Başlayamamak konusunun katılımcılar için önemli bir engelleyici faktör olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan bazıları önerileri uygulamaya bir türlü başlayamadıklarını ve buna sebep olan birçok faktör olduğunu belirtmişlerdir.

K2: “...yarın başlıyorum dedim, ama başlayamadım. Bilmiyorum ki yine çıkmıştır bir sürü sebep. Of, bende sebep biter mi! Ama başlamak da zor gelmiyor değil yani. Çok istekli değildim sanırım bence o yüzden başlayamadım...”

K4: “...spora başlamak için kendimi motive etmem gerek. Bir şeye başlamak nedense zor geliyor. Ama başlayacağım, her seferinde kendime de size de söz veriyorum, biliyorum size de artık belki inandırıcı gelmiyor...”

K5: “...diyete başlamak motivasyon istiyor. Sanırım kendimi çok motive edemedim. Sınav dönemindeydim, şu geçsin başlayayım dedim ama olmadı...”

K17: “...kızımın nişanı vardı, tam da o döneme denk geldi yoğunluktan spora başlayamadım tabi. Yoğunluğum geçince başlarım dedim, sonra kaldı öyle.

Başlamak için kendimi tetiklemem lazım, başkalarının da beni iteklemesi lazım, yoksa zor...”

4.1.2.2. Büyük hedefler koymak

Katılımcılardan bazıları kendilerine büyük hedefler koyduğundan ve bu hedeflere ulaşmanın zorluğundan bahsetmişlerdir. Konulan büyük hedeflere ulaşmanın zorluğu ve aldığı zamanın fazla olması engelleyici faktör olarak belirlenmiştir.

K1: “...benim sağlıklı olmak için çok kilo vermem lazım. Ulaşmam gereken hedef çok zor. 55 kilo fazlam var. Bunu vermem lazım ama verene kadar sağlığımdan olurum zaten. Yillardır bu kilodayım, öyle kolay mı hadi gel kilo ver, sağlıklı ol...”

K2: “...bana her şeyi bir anda söyleyince yapamıyorum. Yavaş yavaş yapmam lazımdı. Öyle uzun zamanı çok konuşunca, ömür boyu dikkat edeceksin, yaşam tarzı böyle olur, hedef sağlıklı olmak deyince yapamadım. Hedefe ömür boyu ulaşamam bu şekilde. Kısa süreli, hızlı diyetler benim olayım...”

K8: “...spor yapmak çok güzel de koyduğun hedefe ulaşana kadar devamlı spor yapmak çok zor. Sanki hep yapamazmışım gibi. Ama bırakınca da kilo alacağım yine düşüncesiyle hiç başlamadım daha iyi...”

K14: “...tamam sağlıklı olmayı hedefliyoruz ama benim hedefim çok kilo vermek. Sağlıklı beslenerek az az, yavaş yavaş kilo verebilirim veya hiç veremem. Şöyle etkili şok diyet girsem hızlıca gidecek kilolar ben biliyorum...”

K16: “...başlangıçta beş kilo verdim aslında. Sonra dedim ki bu kadar uğraştım, kaç kilo verdim sanki. Benim hedefime ulaşana kadar neler yapmam, ne kadar çok uğraşmam lazım. Bu düşünceyle eskiye geri döndüm, o beş kiloyu da geri aldım...”

4.1.2.3. Kötü alışkanlıklar

Katılımcıların bazıları yaşam tarzlarını kötü etkileyen alışkanlıkları bırakmakta zorlandıklarından ve bu alışkanlıkların beslenme, egzersiz ve uyku önerilerine uyumlarını kötü etkilediğinden bahsetmişlerdir. Erteleme alışkanlığının egzersiz önerilerine uyumlarının önünde engel olduğu, ekran önünde yemek yeme ve aşırı

şeker kullanımının katılımcıların beslenme önerilerine uyumlarının önünde engel olduğu, sigara kullanımının ve aşırı kafein tüketiminin ise uyku önerilerine uyum konusunda engelleyici faktör olduğu tespit edilmiştir.

K3: “...geçen yıl ağrılarım bu kadar yoktu ama zaman kısıtlılığından sporu ertelemiştim. Şimdi de ağrılarım geçinceye kadar sporu erteleyeyim dedim. Aslında artık zamanım var ama spor ağrıları arttırıyor, belki ağrılarım azalırsa sonra yapabilirim...”

K5: “...uyku konusunda dediklerinize uyamadım. Erken uyuyamıyorum. Gece o kahveyi ve son sigaramı içmeden yapamıyorum. Sonra tabi uykum kaçıyor, uyuyamıyorum...”

K8: “...bir şeyleri erteleme özelliğim var mesela sporu şimdilik erteledim. Benim zaten kilo verdikten sonra spor yapmam lazım, başka bir sebebim yok bu yüzden erteledim...”

K9: “...ben televizyon izlemeden yemek yiyemiyorum. İzlemeden çok sıkılıyorum, yerken mutlu olamıyorum. Aslında bu durum beni çok zorluyor. Sizin söylediklerinize uymaya çalışıyorum ama ekran önünde yemek yemeyi bırakamadım. Sanırım bu yüzden porsiyonlarımı çok azaltamadım, bunu da bıraksam ilerlemem çok artacak...”

K10: “...kahveyi azaltamıyorum ki alışkanlığım bu benim. Akşamları sigarayı bile azaltmaya çalıştım ama kahveyi azaltamadım. Çarpıntılarım da devam ediyor haliyle uyku problemlerim de...”

K12: “...çaya, kahveye şekeri atmamaya çalıştım. Ama yapamadım. Acı acı içemiyorum öyle. Alışkanlık olmuş sanırım yıllardır. E ben çaysız da yapamam. Mecbur az da olsa atıyorum...”

K14: “...tatlı krizlerim var bir de televizyon karşısında yemek yemeyi bırakamam. İkisi de benim için bir zevkmiş, onu anladım. Evde yalnızım diye sanırım. Açıyorum televizyonu alıyorum elime tatlımı benden mutlusu yok, sonra diyorum yine gitti diyet, toptan bozuyorum...”

4.1.2.4. Devam edememek

Katılımcılar ile yapılan görüşmeler sonucu önerilenleri uygulamak konusunda devamlılık ile ilgili bahsettikleri görülmüştür. Devam edememenin önerilenlere uyum konusunda engel teşkil ettiği tespit edilmiştir.

K1: “...bir daha başlamayı düşünmüyorum. Devam edemiyorum ki. Kilo vereceğime inancım yok. Bir hevesle başla, sonra bırak, başa dönsün her şey...”

K4: “...beslenmemi düzelteyim diyorum, birkaç gün uyguluyorum sonra devam ettiremiyorum, bir sürü hastalıkla, bir sürü ilaçla uğraşıyorum. Devam edemedikçe bir daha başlamaya daha çok uzaklaşıyorum...”

K5: “...spor salonuna yazılınca ya devam etmezsem, verdiğim para boşa gidecek düşüncesi ile yazılmadım. Kendimin istikrarsız olduğunun da böyle farkındayım işte...”

K8: “...spora hiç başlamadım zaten. Devam etmem, bırakırım sonrasında daha fazla kilo alırım diye korktum...”

K16: “...başlayıp devam edememek en kötüsü. 5 kilo verdim sonra geri aldım. Şimdi diyorum ki boşuna uğraştım. Devam etmedim ve tüm düzenim bozuldu. Yeniden başlamaya gücüm ve inancım yok açıkçası. Bir sürü işimin ve yoğunluğumun arasında başlasam bile devam edemeyeceğimi biliyorum...”

4.1.3. Sosyal ilişkiler ve etkileşimler

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sonrasında yapılan analizlerde sosyal ilişkiler konusuna sıkça değinildiği fark edilmiştir. Evli olan bireylerin özellikle eşleri ile ilgili faktörlerden bahsettikleri görülmüştür. Çocuklu bireylerin etkili faktör olarak çocuklarından sıkça bahsettiği fark edilmiştir. Evli olmayan veya ebeveyn olmayan bireylerin ise birlikte yaşadıkları anne, baba, kardeş gibi aile bireylerinin yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumları konusunda etkili faktör olduğu gözlemlenmiştir. Hanede bulunan bakıma muhtaç yakınına bakım veren katılımcılarımız bu faktörün önerilere uyumun önündeki engellerden olduğundan bahsetmiştir. Sosyal çevrede bulunan arkadaş etkeninin ise yaşam tarzı önerilerine

uyum konusunda etkili faktör olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda katılımcılarımızın iş hayatı olması veya olmaması olarak her iki etkenin de önerilere uyum konusunda etkili faktörlerden olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda bahsedilen kodlar; eş, aile, arkadaşlar, iş hayatı ve bakıma muhtaç yakın varlığı olarak beş kategoride incelenmiştir.

4.1.3.1. Eş

Katılımcılarımızdan evli olanların tümü yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumları konusunda eşlerinin en etkili faktörlerden olduğundan bahsetmişlerdir. Bir kısım katılımcının eşlerini önerilere uyum konusunda engelleyici faktör olarak gördüğü tespit edilmiştir. Bir katılımcı ise eşinin vefatından sonra uyku problemlerinin oluştuğundan bahsetmiştir.

K7: “...benim zaten gece yemek yeme bozukluğum var. Önerilere uyarken zorlanıyorum ama yine de her öğünümde söylediklerinizi uygulamaya çalışıyorum. Yürüyüşümü yapıyorum, uykularım çok düzenli olmasa da her gün aynı saatte yatmaya, iyi uyumaya dikkat ediyorum. Ama gel gör ki eşimden destek göremiyorum. Sanki o bana destek verse her şey daha iyi olacak gibi geliyor. Ama hiç umurunda değilim. Benim yanımda tatlılar, pizzalar, iskenderler, canı ne isterse onları yiyor. Hiç geri kalmıyor. “Yahu adam sen de kilolusun, gel birlikte yapalım şu işi” ama yok dinlemiyor...”

K10: “...eşimle problemlerimiz var. Bana sürekli “zayıfla”, “ne olacak senin bu halin”, “istikrarsızsın” gibi cümleler kuruyor. Aşırı demoralize oluyorum. Tamam benim iyiliğimi istiyor. İşte zayıflarsam daha sağlıklı olacağım, hani olaya böyle bakıyor. Ama bu süreçte motivasyona ihtiyacım olduğunun farkında değil. Sürekli böyle söyleyerek beni aşağıya çekmenin ne faydası var ki...”

K16: “...eşim beni çok sever. Ama yemeklerimi de çok sever. Hep benden hamur işi, kızartma, tatlı ister. Şimdi ben yememeye çalışıyorum ama o istiyor. Ne yapayım ben de yapıyorum. Ona yapmışken ben de yiyorum. Sonra da bana sen kilolusun neden o kadar yedin ki diyor...”

K17: “...5 yıldır her gece saat dörde kadar uyuyamıyorum. Eşim gece saat dörtte ellerimde vefat etti benim. O geceden beri uyuyamıyorum. Azıcık dalar gibi oluyorum, hemen uyanıyorum. Ne zaman saat dördü geçer ondan sonra uyuyabiliyorum. Eşimle birbirimizi çok severdik. Hep canım derdi bana. Ama şimdi o yok. Evde yalnız kaldım...”

4.1.3.2. Aile

Ebeveyni ile birlikte yaşayan katılımcılardan bazıları ebeveynlerinin önerilere uyumun önündeki engelleyici faktör olduğundan bahsetmişlerdir. Çocuk sahibi olmanın ise yaşam tarzı önerilerine uyumu etkileyen faktörlerden olduğu tespit edilmiştir.

K1: “...börek çok sever benim çocuklar. Ben de çok güzel börek yaparım. Çalıştıkları için akşamları bana yemek yemeye gelirler. Sofra kurmayı çok severim. Yemek yapmaya da merakım vardır. “size börek yaptım ama ben yemem” deyince “anne illa ye”, “azıcık ye”, “ucundan ye” diye bana da yedirirler. Üzüliyorlar herhalde ben yemeyince...”

K5: “...annem bana sürekli “sağlığın için zayıfla oğlum” diyor ama bunun için hiçbir şey yapmıyor. Hatta eve gidiyorum tüm sağlıksız yemekler bizim evde. Zaten kendisi de kilolu. Sorsanız çok dikkat eder, hep sağlıklı pişirir. Ama öyle değil. Kendi yemeğimi kendim yapmak zorunda kalıyorum. Bu sefer de bana mutfığa girdim ve pislettim diye kızıyor. Şimdi ben ne yapayım...”

K9: “...ben çocukken de kiloluydum. Babam bir kere önümdeki tabağı çekip; “çok yedin yeter” demişti. O gün o kadar çok içerledim ki. Sonra babamdan gizli yemek yemeye başladım. Ama gizlice yiyince abarttım. Sonrasında da hep pişmanlık duyardım. Babamdan laf işitmek için bir daha hiç yanında yemek yediğimi hatırlamam. Tabi sonra yetişkin olunca babamın yanında yemeye başladım. Ama çocukken çok etkiledi beni. Bak hala kiloluyum, acaba o zamanlar düzgün muamele görseydim, böyle mi olurdu...”

K14: “...çocuklar okuldan geliyor, “anne ben sebze yemem” diyor. Ee ne yiyecekler. Hep sağlıksız şeyler istiyorlar. Ben de dışarda yemesinler diye evde yapıyorum.

Yapmışken de bir güzel birlikte yiyoruz. Onlara ayrı, kendime ayrı pişiremiyorum. Pişirsem de onlara yapmışken canım çekiyor, ben de yemek istiyorum...”

4.1.3.3. Arkadaşlar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda sosyal ilişkilere değinen katılımcıların arkadaşlar konusundan sıklıkla bahsettiği gözlemlenmiştir. Sosyal çevrede bulunan arkadaşların bir grup katılımcı için engelleyici faktör olduğu tespit edilmiştir.

K1: “...diyet yapınca sosyal hayattan uzaklaşmak da gerekiyor. Günlere gidemiyorsun mesela. Gitsen de orda hep kalorili şeyler yeniyor ve arkadaşlarım sanki bana “yeme artık yeter” der gibi bakıyor. Ya da çarşıya çıkıyorsun bir arkadaşınla yemek yiyeceksin, seçenekler hep sağlıksız şeyler. Dışarı bile çıkmak istemiyor insanın canı. Ben de o günlerde mutsuz olacağıma “aman boş ver” diyorum. Arkadaşlarımlayım, mutluyum, yiyorum...”

K3: “...erkekler arasında diyet yapıyorum demek zaten zordur. Arkadaşlarla yemek yiyelim desek, sağlıklı şeyleri yanlarında yemeye utanıyorum. Hemen başlarlar eleştirmeye. Sanki erkekler yediklerine dikkat edemez...”

K4: “...arkadaşlarımla yemek kurslarındayız hep biz. Hepimiz yemek yemeyi de yapmayı da çok severiz. Benim çevrem hep böyle insanlarla dolu. Toplaşıp yemek yeriz. Hatta birkaç tanesiyle Urfa'ya, Adana'ya gittik de beşer kilo alıp döndük. Hobilerimiz hep yemek üstüne kurulu bizim. Ben yanlarına gidip; “beslenmeme dikkat ediyorum” deyince beni dışlıyorlar, hemen bir suratları değişiyor. Ya onlara hiç söylemeyeceğim ya da diyet yapmayacağım...”

K9: “...ne zaman sağlıklı beslenme düzenine girsem ve arkadaşlarıma söylesem sonrasında bana baskı kurmaya başlıyorlar. Her yediğime karışmaya başlıyorlar. Bazen yediklerime şaşırp “sen hani dikkat ediyordun” diyorlar. Bazen de yememem gereken yiyecekler konusunda “boş ver, bir şey olmaz ye” diyorlar. Kilolu insan psikolojisinden anlamıyorlar...”

K15: “bazen zayıf arkadaşlarıma bakıp kendimi beğenmiyorum; “ben de standartlara uysam, keşke 42 beden olsam” diyorum. Benim o bedenlere inmem için

çok kilo vermem lazım. Kendimi suçluyorum, “bu kilolara gelene kadar neredeydim” diyorum. Ama çocukluğumdan beri hep kiloluydum ben. Bir anda zayıflayamayacağımı biliyorum. Bazen böyle çevremde normal bedendeki arkadaşlarımı görüp kendimi suçlayabiliyorum...”

4.1.3.4. İş hayatı

İş hayatı belirli bir disiplini, uyanma saatini ve rutinleri gerektirdiği için yaşam tarzı önerilerine uyum konusunda etkili faktörlerden olduğu tespit edilmiştir. Bazı katılımcılar için iş hayatının uyumun önündeki engelleyici faktörlerden olduğu gözlemlenmiştir.

K2: “...sabah çok erken uyanıyorum. Kahvaltı bile edemedim işe gitmem gerekiyor. Çoğu sabah hazırlayıp yanımda götüremiyorum. İş yerimin yanındaki pastaneden simit alıyorum. Diğer iş arkadaşlarım da öyle yapıyor. Sabahları mecbur poğaça, simit yiyoruz. Öğlen yemeklerinde genellikle yemekhane yemeklerini beğenmiyorum. Dışarıdan yiyorum. Akşamları eve biraz geç geldiğim için hızla hazırlanan yemekleri tercih etmek zorunda kalıyorum. Aslında tüm hafta tüketeceğim yemekleri hafta sonu pişirip sonrasında işe yanımda götürsem olur ama hafta sonları bazen buna vakit bulamıyorum...”

K11: “...spor salonuna yazıldım. Fakat çalışma rutinim çok yoğun olduğu için haftalık koyduğumuz dakika hedefini gerçekleştiremiyorum. Hafta içi iş yerinden akşam sekizde çıkıyorum. Yorgun hissetmiyorsam bir güç toplayıp spora gidebiliyorum ama genellikle çok yorgun hissediyorum. Bir tek hafta sonlarını spor için değerlendirebiliyorum...”

K13: “...nöbet usulü çalıştığım için gece uykularımı düzene sokamadım. Nöbetten çıkınca uyumazsam çok yorgun oluyorum. Uyuduğumda da ertesi gün tüm düzenim bozuluyor. Yeme düzenim de etkileniyor. Nöbette gece boyu uyanık olunca yüksek kalorili şeyler tüketiyorum, eve geldiğimde de kendimi mutlu etmek için tatlı yemeye başlıyorum. Bu kadar yemeğin üzerine tüm gün de uyuyunca hiç iyi olmuyor tabi...”

4.1.3.5. Bakıma muhtaç yakın varlığı

Gerçekleştirilen görüşmelerde toruna sahip olan ve bakımını üstlenen katılımcıların bahsettiklerinden yola çıkılarak bu konunun uyumlarını engellediği tespit edilmiştir. Bazı katılımcıların ise bakım verdiği aile bireylerinin uyumlarının önündeki engelleyicilerden olduğu gözlemlenmiştir. Bu bağlamda bahsettikleri kodlar bakıma muhtaç yakın varlığı kategorisinde sunulmuştur.

K1: "...kızım çalıştığı için gündüzleri torunlarıma ben bakıyorum. Onlar ne yemek isterlerse onu yapıyorum, "babaanne hamur kızartır mısın" diyorlar. Hemen yapıyorum, yapmışken ben de onlarla yiyorum. Torunlarıma baktığım için gündüz yürüyüşe de çıkamıyorum. Sadece bazen parka gitmek istiyorlar. Onda da başlarından ayırlamadığım için yürüyemiyorum..."

K6: "...babam yatağa bağımlı olduğu için onun yemeklerini de ben yapıyorum. Sağlıklı şeyler tüketmeyi o da çok seviyor, bu konuda benim için çok kolaylığı var ama egzersiz yapmakta zorlanıyorum. Babamı evde uzun süre yalnız bırakıp dışarı çıkamıyorum. Korkuyorum evde yalnız kaldığında ya ona bir şey olursa diye. Ben de kısıtlı imkanla da olsa evde egzersiz yapmaya çalışıyorum..."

K10: "...iki ay önce eşim ameliyat oldu. Ciddi bir operasyondur. On beş gün hastanede kaldık. Biraz da nazlıdır kendisi, eve çıkınca da normale hemen dönemedik. Tüm bakımını ben sağlayınca kendime bakmayı bıraktım o dönem. Bir ay kadar hiçbir şeyle uğraşmadım. Şimdi iyi Allah'a şükür. Ben de yavaştan eski beslenme düzenime dönmeye çalışıyorum..."

K17: "...yazın yazlığımıza gidiyorum. Torunlarımı da yaz tatilinde bakayım diye bana bıraktılar. 2 ay torunlarla birlikte kaldık. Onlara bakacağım diye bütün düzenim bozuldu. İstediklerini yaptırıyorlar bana. Ama tüm düzenim kaçtı. Yorucu oldu benim için. Kendi sağlığım ve düzenim de dahil başka hiçbir şeyle ilgilenemedim..."

4.1.4. Fırsatların varlığı

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda katılımcıların yaşam tarzı önerilerine uyumlarını etkileyen bir diğer önemli alt tema 'fırsatların varlığı' olarak ortaya çıkmıştır. Bazı katılımcılar ekonomik kısıtlılıklarından dolayı sağlıklı beslenme ürünlerine veya egzersiz olanaklarına erişimlerinin kısıtlandığından, bazıları çevresel kısıtlılıklardan dolayı yaşadıkları bölgede sağlıklı besin ürünlerine erişemediklerinden veya egzersiz yapabilecekleri alanların kısıtlılığından bahsetmişlerdir. Bazı katılımcılar ise farklı sebeplerle zaman kısıtlılıklarının bulunduğundan bu nedenle sağlıklı besinlere erişmekte zorlandıklarından ve egzersize zaman ayıramadıklarından, bazıları ise bilgi eksikliği veya farkındalık kısıtlılıklarından dolayı profesyonel rehberliğe erişemediklerine değinmişlerdir. Bu bağlamda bahsedilen konular; zaman kısıtlılığı, ekonomik kısıtlılıklar ve çevresel kısıtlılıklar olarak üç kategoride incelenmiştir.

4.1.4.1. Zaman kısıtlılığı

Katılımcıların birçoğu günlük yaşamlarında yoğun iş temposu, aile sorumlulukları veya diğer zamanla ilgili kısıtlamalar nedeniyle sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemekte ve sürdürmekte zorlandıklarından bahsetmişlerdir. Zamansal kısıtlılığın, mevcut fırsatların varlığında dahi bu fırsatların kullanımını azalttığı dolayısı ile yaşam tarzı önerilerine uyumun önündeki engellerden biri olduğu tespit edilmiştir.

K2: “...işim o kadar yoğun ki, gün içinde hep koşturmaca halindeyim. İş yerindeki beslenmemin kötü olduğundan zaten bahsettim. Spora da iş yoğunluğumdan vakit ayıramıyorum zaten. Gün içinde dinlenmeye bile zor vakit bulabiliyorum. İşten çıkıp, alışveriş yapıp, sağlıklı yemekler hazırlamak o kadar zor geliyor ki hafta içi genelde dışarıdan yemek söylüyorum...”

K4: “...ben çocuklara mı bakayım, yemek mi yapayım, ev mi temizleyeyim, spora mı gideyim? Hangi biriyle ilgilenebilirim ki. Gün yirmi dört saat. Ama bana daha hızlı geçiyor sanırım. Kendime vakit ayıracağım diyorum ama yine olmuyor. Düzene

sokamıyorum hayatımı. Zaman yetmiyor hiçbir şeye. Bazen temizliği herkes uyuyunca geceleri yapayım diyorum, o zaman da uykusuz kalıyorum...”

K11: “...tonla para verdim üç ay süreli spora yazıldım. Spor salonunu öyle güzel seçtim ki; temiz olsun, ferah olsun, kadınlara özel olsun dedim, hepsi bu salonda var. Gidebilsem çok memnunum. Ama gel gör ki gidemiyorum. Çok üzülüyorum ama işten çıkınca halim kalmıyor. Hafta sonları eğer başka bir etkinliğim yoksa spora gitmeye çalışıyorum...”

K17: “...kızımın nişan zamanına kadar uygulayabildim. Ama sonra koşturmacada yapamadım hiçbir şey. Taze sebze meyve bile alamadım zamansızlıktan. Buzlukta ne varsa hızlı hızlı onları tükettik...”

4.1.4.2. Ekonomik kısıtlılıklar

Katılımcıların büyük çoğunluğunun ekonomik kısıtlamalar sebebiyle ücretli olarak yapabilecekleri egzersiz seçeneklerini tercih etmedikleri tespit edilmiştir. Bunun yerine çoğu katılımcının açık alanda yürüyüş tercih ettiği, bazılarının ise evde kişisel imkanları ile pilates yaptıkları öğrenilmiştir. Bazılarının ise ekonomik kısıtlılıklar sebebiyle sağlıklı besin ürünlerine erişiminin engellendiği tespit edilmiştir.

K1: “...zeytinyağı pahalı kalıyor tabi. Ben çok sık alamıyorum. O yüzden ayçiçek yağı tercih etmek zorunda kalıyorum. Et, balık da aynı şekilde, bunları da çok sık tüketemiyorum haliyle. Bazen kendime kadar alayım diyorum, o bile dünyalar tutuyor...”

K3: “...aslında ameliyat eden doktorum da bana “yüzme iyi egzersizdir, bel ağrılarına da iyi gelir, yazılabilirsin” dedi. Sonrasında sordum bir havuza, çok pahalı fiyat söyledi. Parası uygun olsaydı yazılabilirdim belki...”

K4: “...temizliğe bir yardımcı geliyordu önceden, ben de kendimle daha güzel ilgilenebiliyordum. Sonra maddi sıkıntılarımız başladı. Temizliği de kendim yapmaya başladım. Böylelikle hiçbir şeye vakit bulamaz oldum. Spora da yazılamıyorum parasından dolayı, zor bir dönemden geçiyoruz aile olarak...”

K6: “...arkadaşlarımla dışarı yemeğe çıktığımda sağlıklı yiyecekleri tercih etmeye çalışıyorum. Ama restoranlardaki sağlıklı yiyecekler sağlıksızlara göre çok pahalı. O parayı vereceğime bu öğün sağlıksız yesem bir şey olmaz diyerek kendimi kandırıyorum...”

K7: “...ben evde videolar izleyerek pilates yapıyorum. Bazı günler de yürüyüşe çıkıyorum. Ama ekonomik imkanım olsa profesyonel bir spor salonunu tercih etmek isterdim. Hareketleri yanlış mı yapıyorum, doğru mu yapıyorum, biri beni yönlendirsin, bana bir program çizsin isterdim...”

K16: “...diyet listelerini uygulayamıyorum. Bir keresinde diyetisyene gitmişim bana ekmek yerine wasa, balık olarak somon, avokado filan yazmış. İyi de bunlar kaç para Allah aşkına. Kim alabilir bunları. Ben de hata ettim, bunları alamam deseydim keşke ama demedim, devam etmedim diyetisyene...”

4.1.4.3. Çevresel kısıtlılıklar

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sonucu çevresel kısıtlılıkların, bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarını engelleyerek, hedeflerine ulaşmalarını zorlaştırabildiği tespit edilmiştir. Bazı katılımcılar fiziksel çevrelerindeki kısıtlılıklardan dolayı spor salonlarına veya parklara ulaşım güçlüğünden, bazıları ise sağlıklı besin ürünlerine erişimin engellendiğinden bahsetmişlerdir.

K6: “...evimin yakınında bir park veya yürüyüş alanları yok. Babamı evde yalnız bırakıp uzun mesafeler yürüyemiyorum. Eğer yakınımda yürüyüş yapabileceğim bir park olsaydı bir saat kadar vakit ayırabilirdim ve babamı uzun süre yalnız bırakmak zorunda da kalmazdım...”

K8: “...ben küçük bir ilçede oturduğum için iyi bir spor salonuna yazılma imkanım zaten yok. Polikliniğe kontrollere bile zor gelebiliyorum. Üç vesait otobüse binmek zorunda kalıyorum. Şehir merkezinde yaşasam her şey daha kolay olabilirdi benim için...”

K9: “...önceden obezitenin bir hastalık olduğunun farkında bile değildim ki bunun için bir yardım isteyeyim. Bundan önce yaşadığımız yer bir ilçeydi ne bir obezite

merkezi vardı ne de bildiğim bir diyetisyen. Ya da ben bilgi sahibi değildim bilmiyorum. Diyorum ya obeziteyi bir hastalık olarak bile görmüyordum ki polikliniğe bu şikayetle başvurayım. Bazı sebepler için gittiğim doktorlar “kilo vermelisiniz” diyordu. Bazı önerilerde de bulunuyorlardı ama ben kilo problemim için onlara başvurmadığım için önerilerini ciddiye alıp uygulamıyordum sanırım...”

K13: “...işe gittiğimde sağlıklı beslenemiyorum. Nöbet usulü çalışınca gece açık olan restoranlar hep sağlıksız seçenekler oluyor. Zaten gündüz de iş yerimin çevresindeki restoranlarda genelde sağlıksız şeyler satılıyor...”

K14: “...zaten köyde oturuyorum. Günde bir defa belediye otobüsü geliyor. Uzman bir diyetisyene gitmek istiyorum ama gittiğimde verdiği liste için illa ki büyük bir süpermarkete gitmem gerekiyor. E köyde de haliyle yok öyle bir şey. Bize en yakın ihtiyaçlarımızı karşılayabileceğim market kırk dakika mesafede. Kırk git kırk gel en az on beş, yirmi dakika da beklemesi var ben her market ihtiyacımda iki saatimi ayıramam. Köydeki bakkalımızda olan seçeneklerin de neredeyse hiçbiri sağlıklı değilmiş diyetisyenimizin dediğine göre. Kabul etmedi kendisi onlar ile yapılabilecek yemekleri...”

4.1.5. Kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları

Gerçekleştirilen görüşmeler sonucu bazı katılımcılar kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançlarının daha önceki başarısız deneyimleriyle şekillendiğinden bahsetmişlerdir. Başarısız olmanın, kişinin bu inançlarını olumsuz yönde etkileyebildiği ve motivasyonunu azaltabildiği gözlemlenmiştir. Katılımcıların beslenme alışkanlıklarını yönetebilme, egzersiz yapabilme ve sağlıklı seçimler yapabilme konusunda bilgi ve yetenek olarak kendilerini yetersiz hissetmeleri sebebiyle başarısız olacakları düşüncesine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu konular ile ilgili bahsedilen konular; otokontrol eksikliği, yetersizlik hissiyatı ve başarıya inanç azalması olarak üç kategoride incelenmiştir.

4.1.5.1. Otokontrol eksikliği

Katılımcılardan bazıları duygusal yeme alışkanlıklarından, bazıları ani dürtü kontrolünde zorlandıklarından, bazıları ise beslenme ve egzersiz gibi alışkanlıklara

bağımlılık geliştirme veya bu alışkanlıklara bağlı kalma konusunda zorluk yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Bahsedilen bu kodlar sonucunda otokontrol eksikliğinin engelleyici faktör olduğu tespit edilmiştir.

K2: “...ne zaman üzülsem veya bir şeye sinirlensem yemek yiyerek rahatlıyorum. Bakıyorum başka insanlar böyle değil. Ben neden böyleyim diyorum. Ama yemek yiyince sinirlerim yatışıyor, sakinleşiyorum. Ben üzgünken, sinirliken yediklerimi kontrol edemiyorum...”

K4: “...ben sağlıklı beslenme işini ömür boyu devam ettiremem. Ömür boyu yediklerine dikkat etmek fikri bile beni geriyor. Kısa süreli diyetler var ya, onları uygulasam kilo versem daha iyi değil mi...”

K5: “...sınav zamanları aşırı stresli oluyorum. Sabahlara kadar da ders çalışınca yediğim yiyecekler kontrolümden çıkıyor. Sınav haftasına girince, sağlıklı beslenmeye ara veriyorum...”

K7: “...geceeleri yiyeceklerle aram hiç iyi değil, hele o anlamsız yeme isteği gelince kendimi kontrol etmekte zorlanıyorum. Bir bakmışım gece yarısı dolap dibindeki tüm abur cuburları mideye indirmişim. Gün boyu sağlıklı yemeyi planlıyorum, ama o plan gece vakti kaybolup gidiyor...”

K17: “...çocukluğumdan beri kiloluyum. Bu ne demek; ömür boyu dikkat etmem gerekti yediklerime. Dikkat edemedim o ayrı konu. Bir de ömrüm boyunca hep yediklerimi yakacak şeyler yapmak zorundayım. Diğer insanlar hem yiyor hem yürümüyor, ama normal kilodalar. Ben ne kadar devam ettirebilirim ki, çok zor geliyor...”

4.1.5.2. Yetersizlik hissiyatı

Katılımcıların bazılarının kendi davranışlarını sürekli eleştirme veya başkalarıyla karşılaştırma eğiliminin olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılardan bazıları kendilerine güvenlerinin azaldığından bahsetmişlerdir. Bazı katılımcıların ise kendi dışında diğer bireylere de yetemediğinden bahsetmişlerdir. Tüm bu kodlar sonucu yetersizlik hissiyatının uyumlarını engelleyici faktör olduğu tespit edilmiştir.

K5: “...çocukluğumdan beri annem kendime olan güvenimi kırdı. Topluluk içinde kilolu olduğum için söylenen sözlere hiç cevap vermedi. Ergenlikten beri bu yaşıma kadar hep diyet yapmaya çalıştım. Ama bir türlü yetemedim ona. Hala daha bazı konularda bana kendimi yetersiz hissetmeme sebep oluyor. Destek gösterse, oğlum sen yaparsın dese, bana inansa belki daha güzel uyum sağlayabilirdim...”

K7: “...bir mağazaya gidip de çalışana beden sorunca, önce bir süzüyorlar beni. Sonra “en büyük bedenimiz 44 ama size olmayabilir” diyorlar. Topluluk içinde aşağılanmış ve dışlanmış hissediyorum kendimi. Ben de 42 beden olsam keşke diyorum. Herkesin giyebildiği kıyafetleri giyebilsem. Sonra kendimi suçluyorum, tabi böyle yemeye devam edersem 52 bile zor olur. Öyle anlarda hep motivasyon kaybı yaşıyorum...”

K10: “...spor konusunda mesela kendimi çok yetersiz hissediyorum. Spor salonuna girdiğimde, fit bir hoca karşılıyor beni, önce hocadan utanıyorum. Sonra zayıf kadınlar, ne diye spor yaparlar diyorum. Saçmalıyorum tabi spor sağlık için de yapılır, herkes benim gibi zayıflamaya uğraşmıyor. Koşu bandından başka alete binmeye utanıyorum bazen. Diğerleri gibi gözükmeyeceğim, beni dışlayacaklar diye düşünüyorum. Zaten hiçbir zaman normal insanlar gibi gözükmедim ki. Hep büyük bedenim, hep iriyim. Spor salonu dışında spor yapamama sebebim belki de dışarı da daha çok insan görecektir beni, daha çok utanacağım diyedir...”

K16: “...fiziksel olarak kendime güvenim yok denecek kadar az. Eşimle evlendiğimizden beri çok fazla kilo aldım. Belki o da eskisi kadar beğenmiyordur beni. Böyle söylemiyor tabi. Ama artık yanına yakışmıyor muyum acaba diye düşünüyorum bazen. Çok üzülüyorum böyle düşününce. Bazen hadi gel yürüyüşe çıkalım diyor, yolun yarısında nefesim daralıyor, dinlenmem gerekiyor. Daha çok genciz ikimiz de. Ama ben sanki yaşlanmışım gibi. Ona yetemiyor muyum acaba...”

4.1.5.3. Başarıya inanç azalması

Katılımcılardan bazıları başarısız olacakları veya hedeflerine ulaşamayacakları konusunda endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Önceki kilo kaybı denemelerinde başarısızlık yaşamış katılımcıların, geçmişteki başarısızlıkların günümüzdeki yaşam

tarzı değişikliği önerilerine uyumlarını engellediği görölmüştür. Hedeflere ulaşma konusundaki inanç eksikliğinin, kişinin çabalarını sürdürmesinin önündeki engellerden olduğu tespit edilmiştir.

K1: “...ben sağlıklı beslenerek zayıflayacağıma inanmamıştım, zaten bu kadar da kolay olamazdı. Daha önceden ne diyetler ne egzersizler yaptım onlara rağmen az bir miktar zayıfladım, bıraktınca hemen geri aldım. Artık ne diyet yapabilirim ne de sağlıklı beslenebilirim. Başaracağıma olan bütün inancım bitti, ömür dolduruyorum işte, hastalanmayayım yeter...”

K4: “...iki kez çok ciddi diyet yaptım. Birinde çok fazla kilo verdim. Sonrasında bıraktınca bir kısmını geri aldım. şimdi üçüncü defa bir şeye başladım, ama diyetsiz kilo vereceğime de inanmadım. Hayat tarzı değişikliği en doğru olan, yavaş yavaş sağlıklı kilo vermeyi destekliyor. Ama uzun vadede bu kilolar gideceği için istikrarımın uzun süre devam edeceğine inanmadım. Kısa sürede çok miktar kilo vermek daha kolay olacak sanırım...”

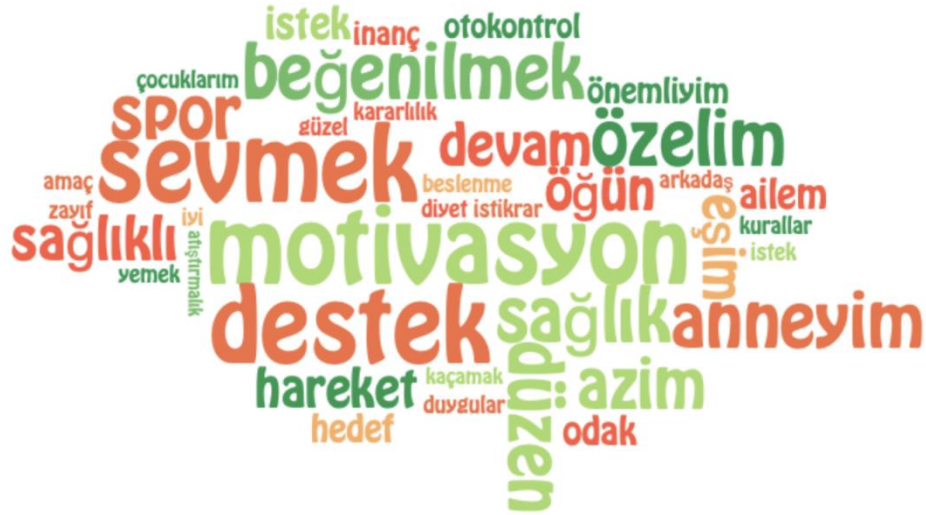
K8: “...her seferinde kilo vermeye çalıştığımda, başarısız olacağımı düşünmeden edemiyorum. Daha önce denediğim diyetler ve egzersiz programları beni hep hayal kırıklığına uğrattı. Artık başarısızlık korkusu beni sarmış durumda. Mesela bir keresinde egzersizi bıraktım, çok fazla kiloyu geri aldım. Bu yüzden egzersize başlamakta zorlanıyorum. Sürekli olarak başarısız olacağımı düşündükçe, başaracağıma inancım giderek azalıyor...”

K17: “...kilolarımın yanında birçok hastalığım var. Vücut ağrıları da artmaya devam ediyor. Baş etmekte zorlanıyorum hepsiyle. Bu yaştan sonra başarabilir miyim bilmiyorum. Bu kadar hastalıklara sahipken zayıflamak daha zor geliyor. Keşke gençken zayıflasaydım sağlıkla yaşlansaydım...”

4.2. Kolaylaştırıcılar

Erişkin morbid obez bireylerle gerçekteştirilen görüşmelerin ardından, kendilerine önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyumları süresince edindikleri deneyimlere dayanarak bu süreçte karşılaştıkları kolaylaştırıcılara dair görüşlerini ifade etmeleri istenmiştir. İçerik analiz ile verilere odaklanarak veri setinde sıkça tekrarlanan veya

katılımcının özellikle vurguladığı olaylar ve durumlar, kodlanarak kelime bulutu olarak Şekil 4.2.'de gösterilmiştir. Bu bağlamda, bireylerin kolaylaştırıcılar ilgili görüşleri genel sağlık durumu, içsel motivasyon, sosyal ilişkiler ve etkileşimler, fırsatların varlığı, kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları olmak üzere beş alt tema altında kategoriler ile birlikte incelenmiştir



Şekil 4.2. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliklerine Uyumlarının Önündeki Kolaylaştırıcılar Hakkındaki Görüşlerinin Kelime Bulutu (www.edwordle.net, Erişim tarihi: 18 Ocak 2024)

4.2.1. Genel sağlık durumu

Katılımcılar ile gerçekleştirdiğimiz görüşmeler sonucunda katılımcıların uyumun kolaylaştırıcı faktörleri arasında genel sağlık durumlarından sıklıkla bahsettikleri gözlemlenmiştir. Bazı katılımcılar sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve uyku düzeni gibi yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağladıklarında, fiziksel sağlıklarında belirgin iyileşmeler gözlemlediklerini ve bunun motivasyon kaynağı olduğu belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar ise kilo kaybı ile birlikte ağrılarının azaldığını ve genel sağlık durumlarının iyileştiğini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar ise cerrahi operasyon öncesi yaşam tarzı değişikliğine uyumlarının arttığından bahsetmişlerdir. Katılımcıların genel sağlık durumları ile ilgili bahsettikleri konular; ağrılar, kronik hastalıklar ve ameliyat olarak üç kategoride değerlendirilmiştir.

4.2.1.1. Ağrılar

Vücut ağrıları bulunan bazı katılımcılar ağrılarının kontrolü için kendilerine kilo kaybı önerildiğinden ve bu nedenle yaşam tarzı önerilerine uymak için motive olduklarından bahsetmişlerdir. Bazıları ise kilo kaybı ile birlikte azalan vücut ağrıları sebebiyle hedefe daha fazla odaklanarak uyumlarının arttığından bahsetmişlerdir. Bazı katılımcılar ise egzersiz ile birlikte azalan eklem ve kas ağrılarının uyumlarını kolaylaştırdığından bahsetmişlerdir.

K3: “...diz ağrımdan sebep gittiğim ortopedist öncelikle kilo vermemi önerdi. Ben de o yüzden sizin polikliniğinize geldim zaten. Zayıflamak çok istiyorum, ağrılarım geçsin istiyorum. Biraz azaldığını görsem tam istikrarla devam ederim bütün önerdiklerinize...”

K6: “...inanın kilo verdikçe hafifledim. Diz ağrılarım öyle azaldı ki, kuş gibi oldum sanki. Hafifledikçe mutlu oldum, kararlılığım arttı. Daha düzenli beslenmeye başladım. Ağrılarım azalınca gece uykularım da düzeldi. Egzersiz hala yapamıyorum ama fırsat buldukça rutinime düzenli egzersiz eklemek istiyorum...”

K7: “...öncesinde boyun ve sırt ağrılarım çok fazlaydı. Sonra sizin de önerilerinizle düzenli egzersize başladım. Pilates yapıyorum ve ağrılarım öyle güzel azaldı ki, spora olan ön yargılarım yıkıldı. Ben de artık düzenli egzersiz yapabiliyorum. Kendime güvenim her geçen gün arttı. Spora devam ettikçe beslenmeme de daha fazla özen gösterebiliyorum...”

K12: “...yaşam tarzımı değiştirdikçe kilo vermesem bile vücudum değişti. Önceden kaslarımda genel bir ağrı olurdu, başım daha sık ağrırdı. Şimdi daha fazla su içiyorum diye de olabilir tüm bunlar. Genel bir ödem gitti. Ağrılarım hafifledi. Tüm bunlar beni çok mutlu ediyor tabi, amacıma daha da odaklanmamı sağlıyor...”

K15: “...spor yaptıkça kaslarım uzuyor gibi hissediyorum. O önceki katılık hali gitti. Eklemelerimi yağ sürülmüş gibi hissediyorum. Her gün üstüne koyarak ilerlemek istiyorum. Bugün kırk dakika mı yürüdüm yarın onu kırk beş yapmaya çalışıyorum. Kararlıyım, başaracağım...”

4.2.1.2. Kronik hastalıklar

Katılımcılardan birkaçı genel sağlık durumlarıyla ilgili olarak obezite ve obeziteye eşlik eden hastalıklar ile ilgili kaygılarından bahsetmişlerdir. Bu kaygıları sebebiyle yaşam tarzlarını değiştirmek için motive olduklarını aktarmışlardır. Bazı katılımcılar yaşam tarzı önerilerine uydukça mevcut kronik hastalıklarında düzelme olduğundan ve kullandıkları ilaçlarının sayısının azaldığından bahsetmiştir. Bazıları ise ruh hallerini düzeltme motivasyonu ile uyku önerilerine uyumlarının arttığından bahsetmiştir.

K2: “...uyku hijyeni önerilerine uyuyorum. Uymadığım zamanlarda gün içinde ruh halim çok kötü oluyordu. Kendimi çok kötü hissediyordum. Ama sağlıklı uyku önerilerini uygulamaya başladığımdan beri ruh halimde düzelmeler var. Gün içerisinde uykulu veya halsiz kalmıyorum. Bu da beni devam etmem için motive ediyor...”

K3: “...sağlıklı beslenmeye başladığımdan beri tansiyonum yükselmiyor. Ekstra ilaç alma gereği duymuyorum. O kadar mutluyum ki. Tuzu, hamur işini azaltmak, sebze yemek bana çok iyi geldi. Tüm bunları düşününce uygulamak hiç zor değil diyorum. Normal yiyecekleri abartmadan, dengeli yiyorum...”

K12: “...obezite de bir kronik hastalık zaten. Ben bunu kabul ettiğimde çözüm aramaya başladım. Diğer kronik hastalıklarım da eklenince üstüne, işte bu yüzden buradayım. Önerilenlere uyma sebebim olarak kronik hastalıklarımı gösterebilirim. Gelme sebebim, devam etme sebebim hep bunlar. Bana burada nasıl besleneceğimi, nasıl egzersiz yapıp nasıl uyuyacağımı aktarıyorsunuz. Bilgi eksikliğim vardı öncesinde. Ne yapacağımı tam olarak bilmiyordum ama şimdi daha sağlıklı olmak için uyuyorum önerdiklerinize...”

K13: “...kilo kaybettikçe polikistik over sendromu ile ilgili belirtilerim de azaldı. Beni en çok üzen bu genç yaşında böyle problemlerle uğraşmaktı. Ama şimdi psikolojik olarak da fiziksel olarak da daha iyi hissediyorum kendimi. İnancım tam ben bu işi başaracağım...”

K15: “...fazla yağlar beraberinde fazlaca hastalığı da getiriyor. Bende bunlar henüz yok ama olmayacağını da garantisi yok. Ailem ve eşim bu konulardan bahsederek beni motive etmeye başlamışlardı. Ben de onları dinledim, sağlığım bozulmadan yaşam tarzımı değiştirmeliyim dedim ve şimdi devam etmeye de niyetliyim...”

4.2.1.3. Ameliyat

Görüşmeler sırasında bazı katılımcılar mevcut sağlık problemiyle önerilen cerrahi operasyon öncesi kilo vermek motivasyonu ile yaşam tarzı değişikliği önerilerini uygulamaya başladıklarından bahsetmişlerdir. Bu faktörün onlar için kolaylaştırıcı olduğuna değinmişlerdir.

K12: “...doktorum bana operasyon öncesi kilo vermem gerektiğini söylemişti. Ama bu kiloyu verirken kalıcı olmasını da istiyordum. O yüzden sağlıklı beslenmek ve düzenli egzersiz uygulamak için bir amacım vardı. Bunu ömrüm boyunca uygulamak istiyorum. Kısa vadede çok kilo vermek gibi bir amacım olmadı zaten hiçbir zaman. Şimdi de yok. Ameliyatım başarılı geçti bir süre ara versem de ben hala sağlıklı beslenmeme ve egzersizime devam ediyorum...”

K14: “...bel ağrım için gittiğim doktor, ameliyat öncesi zayıflamamı önermişti. Beni sizin polikliniğinize kendisi yönlendirdi. Ben de ağrılarım geçsin istiyorum, ameliyata daha az riskle girmek istiyorum. O yüzden yaşam tarzı önerilerine uymaya çalıştım...”

4.2.2. İçsel motivasyon

Görüşmeler sırasında katılımcıların günlük aktivitelerde daha fazla enerjiye sahip olma, daha iyi bir ruh hali ve genel yaşam kalitesinde iyileşme istekleri dikkat çekmiştir. Katılımcıların birkaçı yaşam tarzı değişikliğine uyum konusunda sağlık düzeylerini iyileştirmek, ebeveyn olmak veya beğenilmek gibi kişisel hedeflere odaklandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların uzun vadeli hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için attıkları adımlarının, içsel motivasyonun sürdürülmesini sağladığı gözlemlenmiştir. Sağlıklı bir beslenme düzeni ve düzenli egzersizin, katılımcıların kendini duygusal olarak iyi hissetmesine katkıda bulunduğu tespit edilmiştir.

Bahsedilen konular; sağlıklı olmak, ulaşılabilir hedefler koymak, ebeveyn olmak ve beğenilme arzusu olarak dört kategoride incelenmiştir.

4.2.2.1. Sağlıklı olmak

Genel sağlık durumlarında iyilik hali isteği katılımcılarımızın bir kısmının ortak motivasyon kaynağı olarak gözlemlenmiştir. Sağlıklı olma arzusu yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumu kolaylaştıran bir faktör olarak tespit edilmiştir.

K2: “...ben de artık sağlıklı olmak istiyorum. Ağrılarım bitsin, hastalıklarım kötüleşmesin, daha uzun vadede sağlıklı bir ömür yaşamak isteklerimin başında geliyor. Kaçamak yapma fikri aklıma geldiğinde hemen sağlığı düşünüyorum, kötü alışkanlıklarımı yapmaktan geri durmaya çalışıyorum. Tansiyonum çıkabilir, şekerim çıkabilir, bunu yapmamalıyım diye kendimi telkin ediyorum. En başında kendime bu kötülüğü yapmamalıyım diyorum...”

K6: “...en başında sağlıklı olmalıyım dedim kendime. Babama benden başka bakacak kimse yok ailede. Onun için ve kendim için sağlıklı olmalıyım. Babamın bakımını ben veriyorum. Her ikimiz de benim sağlığımın kötü etkilenmesinden etkileniriz. Sağlıklı olmak için bir şeyleri değiştirme isteğim vardı içimde. Şimdi iyi yönde değiştirdikçe daha motive bir ben ile devam ediyorum yola...”

K9: “...sağlıklı olmak benim en büyük hedefim. Bu yaşımdan sonra ne yaparsam sağlıklı olmak için yapmam lazım. Tamam bazen bizim de hayat düzenin de düzenimiz şaşabiliyor. Ama bıraktım demiyorum, kaldığım yerden devam ediyorum...”

K11: “...kim sağlığı bozulsun ister tabi ki ben de sağlığı çok düşünüyorum. Kan değerlerim filan çok iyi çıkıyor, biliyorsunuz. Ama sonuçta kilo uzun sürede sağlığı bozabiliyor. Bence benimki henüz bozulmadı. Ama daha sağlıklı olabilir miyim, olabilirim. Neden olmasın diyorum kendime. Daha sağlıklı olmak için sağlıklı besleniyorum, zararlı ve çöp sayılabilecek gıdaları sokmamaya çalışıyorum bünyeme...”

K12: “...ameliyat döneminde sağlığım bozulacak korkusu çok strese soktu beni. Üzerine bir de o dönem beslenmeme dikkat edemedim, egzersizlerimi aksattım. Ama çok daha motive döndüm sağlıklı hayat düzenine. O korkuyu yaşadım bir kere. Bir daha sağlığım bozulsun istemiyorum. Öncesine göre daha bile dikkatliyim şimdi. Egzersizlere yeni yeni başlayabildim ama arttırarak gitmeye çalışıyorum...”

K13: “...uykularıma nöbet günlerinde dikkat edemiyorum ama bu durum sağlığımı bozacak diye de çok korkuyorum. Nöbet günlerim dışında gece uykularımı düzenli ve yeterli uyumaya çalışıyorum. Uyku, genel vücut sağlığımı çok etkiliyor benim. Belki nöbetsiz çalışılan bir bölüme geçebilirim. Bu durum benim uyku düzenimi daha iyi etkiler diye düşünüyorum...”

4.2.2.2. Ulaşılabilir hedefler koymak

Bazı katılımcılar, kendileri için belirledikleri ulaşılabilir hedeflerin, karşılaştıkları zorlukları daha yönetilebilir kılma konusunda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, bu hedeflerin motivasyonlarını sürdürmelerine ve yaşam tarzı değişikliklerini kararlılıkla sürdürmelerine katkı sağladığını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda, ulaşılabilir hedefler koymak, uyum süreçlerini kolaylaştıran önemli bir faktör olarak tanımlanmıştır.

K3: “...şu an ki hedefim ağrılarımın bir miktarda olsa azalması. Bir de sağlığımın daha fazla bozulmaması, fazladan ilaç eklenmemesi. Kendime bu hedefleri koydum. Önerileri uygulamaya başladıktan sonra tansiyonum için aldığım bir ilaca artık gerek duymuyorum. Bu da beni o kadar mutlu ediyor ki. Tüm önerileri uygulamaya daha fazla istekli oluyorum...”

K12: “...çaya kahveye şekeri tamamen kesemem ama azaltabilirim dedim. Azaltabildim de bence bu da benim için bir başarı. Eğer tamamen kesmeyi kendime hedef koysaydım ve kesemediğimi görseydim belki azaltamazdım da değil mi...”

K13: “...spor ile ilgili hedefim en başında haftada iki gün uygulamaktı. Bu benim için yapabileceğim bir hedefti. Ve hedeflerime ulaşabildiğimi gördüğüm zaman bana her şey daha da kolay gelmeye başladı. Sporu önce haftada üç güne çıkardım. Şu an

haftada dört gün spor yapıyorum. Gün sayıları bazen azalabiliyor ama motivasyonumu bozmuyorum, hayat her gün aynı yoğunlukta ilerlemiyor...”

K15: “... ulaşılabilceğim hedefler koymak, sağlıklı yaşam tarzına uyum sağlamamda benim için büyük bir yardımcı oldu. Önce çok büyük hedeflere odaklanmaktan vazgeçtim, bunun yerine küçük ve ulaşılabilir adımlar belirleyerek başladım. Bu sayede her adımda küçük bir başarı elde ederek motivasyonumu korumak daha kolay oldu. Örneğin, haftada birkaç gün yürüyüşe başlamak veya sağlıklı tarifler denemek gibi küçük hedefler belirledim. Bu şekilde hedeflerime ulaşmak benim için daha gerçekçi ve motivasyonumu canlı tutan bir süreç haline geldi...”

4.2.2.3. Ebeveyn olmak

Çalışmaya katılan bireylerin bir kısmı, ebeveyn olmanın yaşam tarzı değişikliklerine uyumu konusunda motivasyonlarını artırıcı ve sürdürülebilirliği destekleyici bir faktör olduğunu vurgulamışlardır. Bu bağlamda, ebeveynlik rolü, bireylerin sağlıklı yaşam tarzı pratiğine duydukları motivasyonu güçlendirebilmekte ve bu değişiklikleri devam ettirmelerine olumlu katkıda bulunabilmektedir. Ebeveynlerin, kendi sağlıklarına yönelik sorumluluklarıyla çocuklarına örnek olma arzusu, yaşam tarzı değişikliklerini benimsemelerinde bir etken olarak öne çıkmaktadır.

K3: “...ben babayım örnek olmam lazım çocuklarıma. Eğer ben sağlığıma dikkat etmezsem onlara nasıl örnek olabilirim. Sağlıksız şeyler yediklerinde veya mesela sigara kullandıklarında onlara karışabilmek için önce ben dikkat etmeliyim. Sigarayı bırakmamda bu düşünce etkili oldu en çok. Sigarayı bırakmış olmasaydım ve çocuklarım sigara içseydi, en çok ben üzülürdüm ama ne diyebilirdim ki...”

K4: “...benim iki çocuğum var. Şu an küçükler, belki benim kilolu olduğumun bile farkında değiller. Ama büyüdüklerinde ya beni suçlarsa. Annemiz sağlığına gençken dikkat etseydi derlerse. Onlar için zayıflamak istiyorum en çok, onların üzülmelerini hiç istemiyorum. Sağlıklı bir anne her çocuğun hakkı...”

K7: “...eşim ve ben çocuk sahibi olmak istiyoruz. Ama öncesinde kilo vermem gerekiyor. Doğrusu sağlıklı olmam gerekiyor. Bu motivasyonla kendimi tutuyorum

hep. Her şeyden ölçülü yemeye çalışıyorum. Hamile olursam da yediklerime dikkat ederek çok kilo almadan çocuğumu doğurmak istiyorum...”

K9: “...her gün sağlıklı seçimler yapmak, fastfood yerine evde sağlıklı yemekler yapmak gibi şeyler bu işte bayağı işe yarıyor. Baba olmak, beni motive etmeye devam ediyor. Hem kendime bakıyorum hem de ailemin sağlığını düşünüyorum. Yani, işte bu yüzden bu kilo meselesini halletmeye kararlıyım. Hem kendim hem de yavrum için daha iyi bir yaşam sürmek istiyorum, basitçe böyle...”

K15: “...bu süreçte, çocuğumun sağlıklı alışkanlıklar edinmesini de sağlamak istiyorum. Yani, ebeveynlik demek, sadece benim değil, ailemin sağlığı için de bir adım atmak demek benim için...”

4.2.2.4. Beğenilme arzusu

Çeşitli katılımcılar, sosyal beğeni arzusunun, önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyumu artırıcı bir etken olarak ortaya çıkabildiğini ifade etmişlerdir. Bu bağlamda, bireylerin, toplum tarafından olumlu bir şekilde değerlendirilme arzusu, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemeye ve sürdürmeye yönelik bir teşvik olarak görülebilmektedir. Kimi katılımcılar, kilo verme sürecinde toplumun olumlu tepkilerinin arttığını gözlemleyerek, bu dışsal motivasyonun sağlıklı alışkanlıkları sürdürme konusunda bireylere destek olabileceğini belirtmişlerdir.

K4: “...gerçekten de insanların beni beğenmesini istiyorum. Kiloları verme yolunda ilerlersem, etrafımdakilerden gelen olumlu tepkiler de beni motive eder. Ben kilo verdikçe insanların beni beğenmesi, diyetime bağlı kalmamı sağlıyor. Hem kendimi bu sayede daha iyi hissediyorum, aynada ben de değişikliği daha net fark ediyorum...”

K7: “...hem kendim için hem de başkalarının gözünde bir değişiklik yaratmak istiyorum. Kısacası, bu süreçte beni tetikleyen şey, insanların beni beğenmesi ve bu da benim için gerçekten önemli bir motivasyon...”

K9: “...herkes beğenilmek ister. Herkesin içinde, başkalarının takdirini kazanma isteği yatar. Çünkü insanlardan olumlu geri dönüşler aldıkça, motivasyonumuz artar

ve devam etmek için bize güç verir. Bana kilo vermişsin, çok yakışmış dediklerinde aşırı motive oluyorum mesela...”

K15: “...arkadaşlarımla buluşmaya gideceğim zaman özellikle korse giyiyorum. Zayıfladığımı daha fazla fark etsinler, bana iltifat etsinler diye. Ne zaman “ne kadar çok kilo vermişsin” veya “bu elbise çok yakışmış” deseler, eve çok mutlu ve motive dönüyorum. Sağlıksız şeyleri hiç canım istemiyor. Çünkü o hazzı ben çevremden alabiliyorum...”

4.2.3. Sosyal ilişkiler ve etkileşimler

Bazı katılımcılar bu süreçte aile içindeki bireylerin düzenlerine dahil edilmesi ve onların pozitif desteğinin sağlanması, arkadaşlarla etkileşim kurma ve iş ortamında uygun destek almak, gibi konuların sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine daha etkili bir şekilde adapte olmalarına yardımcı olduğundan bahsetmiştir. Gerçekleştirilen görüşmeler sonucu bahsedilen konular; sosyal ilişkiler ve etkileşimler alt teması altında, eş, aile, arkadaşlar ve iş hayatı olmak üzere dört kategori üzerinden değerlendirilmiştir.

4.2.3.1. Eş

Bazı katılımcılar eşlerinin, destekleyici bir ortam sağlayarak ve motivasyonu artırarak sağlıklı alışkanlıklar konusunda yardımcı olduklarından bahsetmiştir. Bazı katılımcılar ise ortak hedefler belirleme ve karşılıklı anlayış ilkesi ile bu süreçte eşleri ile birlikte yol aldıklarından bahsetmiştir. Bir katılımcı ise sağlıklı yemek planları yapma, birlikte egzersiz yapma ve birbirine duygusal destek sunma gibi etkinlikler ile bu zorlu süreci başarıyla birlikte aştıklarından bahsetmiştir. Bahsedilen konular sonucu bazı katılımcılar için eş kategorisinin kolaylaştırıcı faktör olduğu tespit edilmiştir.

K3: “...eşim bir tanedir. Benim her zaman destekçim olmuştur. Her zaman benim sağlıklı olmam için uğraşır. Şimdi de beni sağlıklı hayat konusunda destekliyor. Kötü alışkanlıklarımı bırakmam konusunda da her zaman desteklemiştir. Kötülerin yerine sağlıklı olanları koymaya çalışırken de zorlandığım zamanlar da beni motive etmiştir...”

K9: “...yaşam tarzımı değiştirmeye başladığımda eşim de çok mutlu oldu. Benim sağlıklı beslendiğimi ve yürüyüş yaptığımı gördükçe bana olan inancı arttı. Sonrasında birlikte bir hedef koyduk, kendisi de biraz kiloludur. O da benimle birlikte çıktı bu yola. Canı sağlıksız yiyecekler yemek istediğinde ben ona saygı duydum, beni kötü etkilemesine izin vermedim. Ama o da bana hep lezzetli sağlıklı yemekler pişirme konusunda çok çabaladı. Yeni tarifler öğrendi. Eli de pek lezzetlidir. Kullandığı yağı benim için değiştirdi. Ben de arada giriyorum tabi mutfığa, birlikte yapıyoruz yemeklerimizi. Birbirimizi anlayınca, isteklerimiz konusunda saygılı olunca hayat çok güzel...”

K12: “...ameliyat olduğum süreçte beslenmeme dikkat edemeyince eşim de üzüldü tabi. Ama hemen fark etti benim o süreçte bunu devam ettiremeyeceğimi. Beni de üzmedi. Hastane süreçlerim bitip eve geldikten sonra bir süre yemeklerimizi eşim pişirdi. Sağlıklı olmasına çok özen gösterdi. Eğer pişiremiyorsa da dışarıdan sağlıklı yiyecekler tercih etmem için beni destekledi...”

K13: “...egzersize başladığımdan beri eşimle birlikte yapıyoruz. Zaten o evlendiğimizden beri düzenli spor yapıyor. Spor konusunda beni çok motive ediyor. Kendisi tamamen sağlıklı olmak için yapıyor sporu. Bu yüzden çok motive. Eve geldiğimizde de bazen yemekleri kendisi pişiriyor. Yağı az ve sağlıklı olmasına çok dikkat eder. Benim de kaçamak yapmalarımı engelliyor. Bazen fark ediyor canım sıkkın ben duygusal yemek yemeye başlayacağım, hemen bana başka planlar yapıyor. Benim aklımı meşgul etmeye çalışıyor. Ben de böylelikle o süreçlerde yemek yemeden atlatabiliyorum...”

K15: “...eşim ve çocuklarım, onlar benim bu hayattaki yaşama sebeplerim. Onların söylediği her şey benim için o kadar değerli ki. Çocuklarımin annelerini sağlıklı görmek istemesi, eşimin benimle uzun yıllar sürecek sağlıklı bir ömür hayal etmesi... Bunlar o kadar önemli ki benim için, her şeyi bu motivasyonla yapabilirim sanırım. Eşimin desteğini kimseninkine değişmem...”

4.2.3.2. Aile

Katılımcılardan bazıları aile üyeleri ile ortak yemek planları oluşturarak veya birlikte fiziksel aktiviteler gerçekleştirerek aile üyeleri ile birlikte dayanışmayı arttırdıklarından bahsetmiştir. Bir katılımcı ise aile içindeki bireylerin obezite konusunda farkındalığının arttığına ve bunun sonucunda aile içerisindeki diğer obez bireylerin de destek aldığına dikkat çekmiştir. Bu durumun pozitif motivasyon artışına sebep olduğundan bahsetmiştir. Bahsedilen kodlar sonucu aile kategorisinin bazı katılımcılar için kolaylaştırıcı faktör olduğu tespit edilmiştir.

K6: "...zaten babam için sağlıklı yiyecekler pişirmem gerekiyor. O da çok seviyor sağlıklı yemek yemeyi. Ben de hep yeni tarifler ve daha sağlıklı alternatifler arıyorum. Bu süreçte bu durumun bana o kadar çok faydası oldu ki, eğer ben mutfakta pişirme alışkanlıklarımı değiştirmeseydim sanırım başaramazdım. Babam sayesinde değiştirmem çok kolaylaştı..."

K9: "...kardeşimin de bildim bileli kilo problemi vardır. Geçenlerde buluştuğumuzda hemen kilo kaybettiğimi anladı. Tabi sorular da sormaya başladı. Ben ona anlattıkça kendi durumu ile ilgili başka şeyleri de fark etti. Sonrasında o da başvurdu obezite takip polikliniğine. Tabi ben çok mutlu oldum bu durumdan. Onunla buluşma planlarımızı yemek üstüne yapmıyoruz artık buluşuyoruz ve kısa yürüyüşler yapıyoruz. İkimiz de yanımızda suyumuzu taşıyoruz..."

K13: "...ailem beni her zaman destekledi, kızım sen istersen ameliyat ol biz hep seninle ilgileniriz dediler. Ama ameliyatın risklerini bildiğim için, ameliyat olmak istemiyorum. Yavaş yavaş da olsa risksiz ve sağlıklı şekilde kilo vermek istiyorum. Bu kararına da hepsi saygı duyuyor. Benimle buluşacaklarında artık yüksek kalorili yiyecekler pişirmiyorlar veya bana yemem için ısrar etmiyorlar. Bazen de buluşup yürüyüş yapmayı teklif ediyorlar..."

4.2.3.3. Arkadaşlar

Katılımcılardan bazıları arkadaşları ile birlikte egzersiz planları oluşturduklarından bahsetmiştir. Bazıları ise sağlıklı beslenme planlarını oluştururken arkadaşları ile birbirlerini pozitif yönde etkilediklerine değinmiştir. Sağlıklı tariflerini birbirleriyle

paylaştıklarını belirten bir katılımcı bu durumun yaşam tarzı önerilerine uyumları konusunda kolaylaştırıcı bir faktör olduğundan bahsetmiştir. Bu bağlamda, katılımcıların ifadeleri, arkadaşlar kategorisinin bazı bireyler için yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamada kolaylaştırıcı bir etken olduğunu ortaya koymaktadır.

K6: "...birkaç arkadaşım ile sağlıklı yemek tarifleri paylaşıyoruz. Hatta bir tanesi ile sosyal medyadan paylaştığı sağlıklı yemek tarifleri sayfasında tanıştık. O güzel bir tarif buldukça benimle paylaşıyor ben de yemeği yapıp yorumlarımı onunla paylaşıyorum. Sağlıklı yemekler lezzetsizdir düşüncemi o arkadaşım ile yendim ben. Sağlıklı yemeklerin aslında ne kadar da lezzetli olabileceğini öğrendim..."

K7: "...pilates yaparken çok fazla arkadaş edindim. Grup pilatesi yapıyorum ve arkadaşlarımla planlı bir şekilde sürdürmek bana kolaylık sağlıyor. Bahane üretip spor yapmak istemediğim günler de beni spor yapmam için ikna ediyorlar. Bu şekilde hem kendime hem de onlara karşı sorumlu hissettiğim için egzersizlerime düzenli şekilde devam ediyorum..."

K 11: "...iş arkadaşlarım ile birlikte sağlıklı beslenmeye karar verdik. Bu yüzden öğlen yemeklerimizde kaçamak yapmamaya özen gösteriyoruz. İş dışı buluşmalarımızda da yemek üzerine kurulu olmamasına özen gösteriyoruz. Planlarımızı daha çok doğa yürüyüşü, kamp şeklinde değiştirdik. Orada tüketeceğimiz gıdaları da evde pişirmeyi planladık..."

4.2.3.4. İş hayatı

Bazı katılımcılar iş hayatlarının günlük rutin oluşturması sayesinde güne erken başlayıp öğün sayılarını ve özelliklerini bu rutin dahilinde düzenlediklerinden bahsetmiştir. Bazıları ise iş yerinde öğlen yemeklerinin sağlıklı menüler şeklinde düzenlenmesinin beslenme alışkanlıklarını olumlu yönde etkilediğine değinmiştir. Bahsedilen konular sonucu iş hayatının bazı katılımcılar için yaşam tarzı önerilerine uyum konusundan kolaylaştırıcı faktör olduğu saptanmıştır.

K9: "...işim benim hayatıma düzen katıyor. Belli saatte bir amaç uğruna uyanıyorum ve gün içinde planlamalarımı da bu doğrultuda yapıyorum. Beslenmemi

düzenlememde iş hayatım negatif faktör olmadı. Zaten iş yerine öğünlerimi evde pişirip yanımda götürüyorum. Eve geliş saatimin belli olması ve hafta sonunda kendime ayıracağım vakitlerin belirli olması beni rahatlatıyor. İş yoğunluğum beni üzecek seviyede değil ve işimi çok seviyorum...”

K12: “...esnek mesai çalışabiliyorum. İş yerimde bazı günler evden çalışma şeklinde düzenlendi. Bu sayede spora daha fazla vakit ayırabiliyorum. Daha yoğun bir işte çalışsaydım belki de bu beni kötü etkileyebilirdi...”

K15: “...çalıştığım şirket sağlıklı yaşama çok önem veriyor, bunun için öğlen yemeği menülerini sağlıklı yiyeceklerden oluşturuyor ve anlaşmalı firmalardan spor salonu üyeliği indirimi sağlıyor. Şirketteki çoğu kişi bu spor salonlarına gidiyor. Ben de polikliniğe geldikten sonra yazılmaya karar vermiştim. Spora başladım ve devam ediyorum...”

4.2.4. Fırsatların varlığı

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sonrasında yapılan analizlerde fırsatlara erişebilmek konusuna sıkça değinildiği fark edilmiştir. Katılımcılar spor salonlarına, park ve bahçelere erişim, sağlıklı besinlere ulaşabilme imkanları ve yerel topluluklarda düzenlenen sağlıklı yaşam etkinlikleri gibi faktörlere erişimin kolay olmasının yaşam tarzı önerilerine uyumlarını kolaylaştıran faktör olduğundan bahsetmiştir. Bu bağlamda bahsedilen kodlar sonucu fırsatların varlığı alt teması; zamansal imkanlar, ekonomik imkanlar ve çevresel imkanlar olmak üzere üç alt kategoride değerlendirilmiştir.

4.2.4.1. Zamansal imkanlar

Katılımcılardan bazıları başardıkları uygun zaman yönetimi ile, düzenli olarak fiziksel aktiviteye zaman ayırabilme ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdürebilme konusunda zorlanmadan devam edebildiklerinden bahsetmişlerdir. Bir katılımcı ise zamansal imkanlardan maksimum düzeyde faydalanmanın,

sürdürülebilir ve başarılı bir değişim için kritik bir öneme sahip olduğundan bahsetmiştir.

K7: “...çalıştığım için zamanımı çok güzel planlamam gerekiyor. Genelde iş yerinden çıktığımda direkt olarak spor salonuna gidiyorum, bu şekilde eve git bir daha çık yaparak zaman kaybetmekten kurtuluyorum. Sonrasında hızlı bir market alışverişi yapıp evde yemeğim yoksa pişirmeye vakit ayırıyorum. Eğer tüm bunları planlamadan yaparsam hiçbir şeye vakit bulamıyorum. Benim en önemli avantajım zamansal planlama yapabiliyorum...”

K9: “...zamanım çok kıymetlidir. Eğer bir sosyal aktivite yapacaksam önceden planlamam gerekir. Ani gelişen programlara uyum sağlayamıyorum. Çünkü haftada 3 gün spor yapmaya çalışıyorum. Eşim en az 2 gün evde yemek pişiriyor, market alışverişini ben hallediyorum. Spontane gelişen durumlarda hemen bir zamansal planlama yapma gereği duyuyorum...”

K13: “...nöbet usulü çalıştığım için haftanın belirli günlerinde boş vaktim kalıyor. Ve o günlerde aktivite yapabiliyorum, kendime zaman ayırabiliyorum. İşimin bu şekilde olması benim için zaman konusunda avantaj sağlıyor. Çünkü sağlıklı beslenmek için zaman gerekiyor. Yemek pişirmek uzun süren bir işlem. Spor için de aynı şekilde. Eğer zamanın olmazsa ne spor yapabilirsin ne de sağlıklı beslenebilirsin...”

4.2.4.2. Ekonomik imkanlar

Katılımcılar ile yapılan görüşmeler sonucu önerilenleri uygulamak konusunda ekonomik imkanların varlığına pozitif faktör olarak değinildiği saptanmıştır. Bazı katılımcılar ekonomik stabilitenin sağladığı rahatlıktan ve bu sayede önerilen egzersiz ve beslenme alışkanlıklarına uyum konusunda maddi olarak zorlanmadan uyum sağladıklarından bahsetmişlerdir.

K11: “...örneğin ekonomik özgürlüğüm olduğu için sizin öneriniz ile fazla düşünmeden güzel bir spor salonuna yazılabildim. Bu durum benim için fazla kolay oldu. Markete girdiğimde bazen sağlıklı yiyeceklerin fiyatına bakmadan alabiliyorum ama diğer insanlar için bu durum böyle olmayabilir tabi ki. Bunlar hep benim için avantaj sağlayan faktörler...”

K12: “...maddi kaygılarım yok. Bu durum günlük hayatımda maddi kaygılar sebebiyle stres oluşmasını engelliyor. Kişiyeye yönelik bir şekilde spor yapmak günümüzde pahalı sayılabilecek seviyede ama bu durum benim özelimde engel oluşturmuyor...”

K15: “...kendine vakit ayırabilmek ve güzel bakabilmek için belli bir ekonomik seviyenin üstünde olmak gerekiyor. O zaman insanın kendine ayırdığı zaman arttıkça kendine verdiği önem de artıyor. Benim için beslenmek konusu artık çok önemli. Bana eğer ki iyi gelecek ve sağlık verecek bir gıdaysa parasına bakmadan onu alabiliyorum...”

4.2.4.3. Çevresel imkanlar

Bazı katılımcılar konutlarının çevresinde olan spor salonu, park ve bahçe varlığının egzersiz için kolaylaştırıcı faktör olduğundan bahsetmiştir. Bazıları ise semtlerinde kurulan pazar sayesinde taze sebze meyveye erişimin kolaylığına ve bu durumun yaşam tarzı önerilerine uyum konusunda kolaylaştırıcı faktör olduğuna değinmişlerdir.

K3: “...evimin yakınına kurulan pazar sayesinde her hafta kolaylıkla en tazesinden sebze, meyve alabiliyorum. Kahvaltılık ve köy yumurtasını da pazardan alıyorum. Pazara gitmek çok sevdiğim bir aktivite. Her hafta mutlaka giderim. Hem yürüyüş oluyor o şekilde de değerlendiriyorum...”

K7: “...her türlü markete, pazara ulaşabiliyorum. Merkezde oturuyorum ve hepsi yürüme mesafesinde kalıyor. Evimin tam karşısına çok güzel yürüyüş parkurlu bir park yapıldı. Her gün olmasa da haftanın belirli günlerinde, yüz elli dakikayı tamamlayacak şekilde yürüyüş yapmaya özen gösteriyorum...”

K11: “...iş yerimin yakınında çok büyük bir market var, genelde evimin tüm ihtiyaçlarını iş çıkışı oradan karşılıyorum. Herhangi bir gıdaya ulaşmakta zorluk çekmiyorum. O markette bulamazsam da onun biraz ilerisinde bir markete gidiyorum. Sağlıklı ve taze besinlere ulaşım konusunda sıkıntı yaşamıyorum...”

4.2.5. Kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları

Gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda katılımcıların beslenme alışkanlıklarını yönetebilme, egzersiz yapabilme ve sağlıklı seçimler yapabilme yeteneğine sahip olma durumlarında yaşam tarzı önerilerine uyumlarının kolaylaştığı tespit edilmiştir. Bazı katılımcıların ise yaşam tarzı değişiklikleri konusunda yeterli ve başarılı hissetmesi ve bu değişiklikleri gerçekleştirebilecek yeteneklere ve bilgiye sahip olmasının yeterlilik inancını arttırdığı gözlemlenmiştir. Bu çerçevede bahsedilen konular; otokontrol varlığı, yeterlilik inancı ve hedeflere odaklanma olarak kategoride incelenmiştir.

4.2.5.1. Otokontrol varlığı

Bazı katılımcılar, sağlıksız tercihlerle başa çıkabilmelerini otokontrol yetenekleri sayesinde başardıklarını ifade etmişlerdir. Bazıları ise düzenli egzersizi devam ettirebilmenin otokontrol varlığında mümkün olduğuna değinmiştir.

K6: “...canım sağlıksız şeyleri istediğinde hep kendimi kontrol etmeye çalışıyorum. Geceleri gelen yemek yeme isteğini “yarın gündüz yiyeceğim” diyerek bastırıyorum. Düzenli uyku uyumak için de hep kendimi kontrol altında tutuyorum. Saatime sık sık bakarım akşamları. Suyu eksik etmemek için de kontrollüyümdür. Mutlaka her zaman kendimi ve çevremi düzenleyen bir insanım...”

K9: “...bu işin sırrı kendini kontrol etmek. Haftada bir tartıya çıkmak mesela. Sizin söylediğiniz gibi her gün çıkmıyorum veya unutup uzun süre çıkmayı unutmuyorum. Her hafta pazartesi günü tartıya çıkıyorum ve haftanın getirdikleri ve götürdükleriyle yüzleşiyorum. Her şey tartı demek değil bunu da biliyorum ama aynaya bakarak da kendimi kontrol ediyorum...”

K11: “...yediklerimi gün sonunda düşünerek kendi kontrolümü sağlamaya çalışıyorum. Eğer öğlen biraz fazla kaçırdıysam akşam öğününde dengeli yiyerek kontrolü sağlıyorum...”

K13: “...düzenli spor kesinlikle disiplin ve otokontrol gerektiriyor. Haftada kaç gün spora gittiğimi saymazsam bir bakıyorum ipin ucu kaçmış. Ama kendimi hep kontrol

altında tutmaya çalışıyorum ve bir işe başladım bunu ömrüm boyunca devam ettirmek istiyorum...”

4.2.5.2. Yeterlilik inancı

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sonucu bazı bireyler karşılaştıkları zorluklara rağmen yaşam tarzı değişiklikleri konusunda kendilerine güvendiğinden bahsetmiştir. Bir katılımcı ise bu konuda yetenek ve bilgilerine güvendiğinden yeterli ve başarılı hissettiğine değinmiştir.

K9: “...artık doğru yolda olduğumu biliyorum. Benim kendime güvenim tam. Başaracağıma inanıyorum. Kilolarımı vereceğim, sağlıklı olacağım ve bir daha eski kilolarıma geri dönmeyeceğim. Bu yolda bazı zorluklarla karşılaşıyorum tabi ki ama kendime inancım yüksek olduğu için başarabileceğimi biliyorum...”

K15: “...ben zaten sağlıklı beslenmek konusunda eğitim almış bir kişiyim. Neyi nasıl yapacağımı biliyorum sadece biraz kontrol eksikliğim mevcuttu bunu da sizinle yavaş yavaş aşıyorum. Ama kendimi tanıyorum ve neleri başarabileceğimi biliyorum. Spor konusunda zaten uzmanından destek alıyorum ve birebir egzersizler gerçekleştiriyoruz. Bu şekilde istikrarlı devam edersem başaramayacağım hiçbir şey yok...”

4.2.5.3. Hedeflere odaklanma

Gerçekleştirilen görüşmeler sonucu bazı katılımcılar belirledikleri sağlık hedeflerine odaklanarak, motivasyonlarını yüksek tuttuklarından bahsetmiştir. Bazıları ise hedeflere odaklanarak, zorluklar karşısında dirençli olduklarına ve bu rehber ışığında ilerlediklerine değinmişlerdir.

K3: “...ben öncelikli olarak sağlıklı olmak istiyorum. Benim hedefim bu, bunun için çabalıyorum ve hedefime ulaşacağımı da biliyorum...”

K6: “...kilo vermek hayattaki en büyük hedeflerimden biri. Ben gerçekçi hedefler koymak istiyorum. Bir anda tüm kilolarımın gitmeyeceğini biliyorum ama kısa vadede ulaşabileceğim kademeli hedefler koyarak motivasyonumu yüksek tutarak ilerlemem gerektiğini biliyorum...”

K7: “...hedefim kilo vermek, sağlıklı olmak ve gece yeme bozukluğumu aşmak. Zaten bu süreçte bir miktar yol kat ettim. Ama daha yolum var biliyorum. Yılmadan ilerliyorum...”

K9: “...artık doğru yolu biliyorum. Sağlıklı olmak için neler yapmam gerektiğinin farkındayım. Hedefim sadece kilo vermek değil sağlıklı bir şekilde kilo vermek. Bu yaştan sonra sağlıklı bir şekilde kilo vermenin benim için kumar olacağının farkındayım. Hedefime odaklanarak yavaşça ama emin adımlarla ilerlemeye çalışıyorum...”



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Obezite, insan doğasının, sosyal çevre ve fizyolojisinin etkileşimi sonucu gelişen, karmaşık ve çok yönlü bir sağlık sorunudur. Küresel düzeyde ekonomik yük oluşturan bir halk sağlığı problemidir (Brörntorp, 2002). Dünya çapında en yaygın kronik hastalıklardan biri olan obezitenin 2035 yılına dek dünya nüfusunda iki milyardan fazla kişiyi etkileyebileceği tahmin edilmektedir (https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024). Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi içinde obezite sıklığının en yüksek olduğu ülkelerden biridir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 01 Ocak 2024).

Obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve çeşitli kanser türleri gibi hastalıklarla ilişkilendirilerek yılda ortalama beş milyon ölüm ve yüz altmış milyon sakatlığa göre ayarlanmış yaşam yılına sebep olmaktadır (<https://data.worldobesity.org/publications/World-Obesity-Atlas-2022-updated.pdf>, Erişim tarihi: 07 Aralık 2023). Sigaradan sonra önlenabilir ölüm nedenlerinin ikincisi olarak kabul edilmektedir (TEMD, 2019). Obezitenin kronik, ilerleyen ve nökseden bir hastalık olarak kabul edilmesi ve tedavi edilmesi önerilmektedir (Safaei ve ark., 2021). Sağlıklı yaşam tarzı faktörlerinin, obezite ile ilişkilendirilen kronik hastalık ve ölüm riskini azaltabileceği gösterilmiştir (Roos ve ark., 2017). Ancak, hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlama konusunda düşük katılım ve bağlılık gösterdiği bilinmektedir (Burgess ve ark., 2017). Bu çalışmanın amacı, morbid obez bireylerin yaşam tarzı önerilerine uyumları sürecinde karşılaştıkları engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemektir.

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kronik Hastalık Tarama ve İzlem Polikliniği'ne başvuran 14 'ü kadın 3'ü erkek olmak üzere 17 morbid obez hasta ile yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması $47,76 \pm 14,88$ (SS)' dir. Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda "engeller" ve "kolaylaştırıcılar" olarak 2 tema belirlenmiştir. Kategoriler bu temalar ve alt temalar bağlamında oluşturulmuştur.

Çalışmamıza katılanların %82,3'ü (n:14) kadın, %17,6'sı (n:3) erkektir. Çalışmamızdaki oranlara benzer olarak 2020 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite Merkezinde yapılan bir çalışmada; hastaların %91,3'ünü kadınlar, %8,6'sını erkekler oluşturmaktadır (Yıldırım ve Eryılmaz, 2020). Öztürk'ün gerçekleştirdiği bir çalışmada da obezite merkezine başvuran hastaların büyük bir kısmını (%81,4) kadınlar oluşturmaktadır (Öztürk, 2020). Türk toplumunda erkek cinsiyette obezitenin yadsınacak düzeyde olmadığı bilinmektedir. DSÖ'nün 2016 yılı verilerine göre Türkiye'de obezitenin prevalansı kadınlarda %39,7, erkeklerde %24,2'lik düzeydedir (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370281/9789240075634-eng.pdf?sequence=1>, Erişim tarihi: 04 Ocak 2024). Bu verilere bakıldığında kadın hastaların obezite hakkında danışmanlık almak, tedavi ve takip açısından bir merkeze erkeklere oranla daha fazla başvurduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada obezite konusunda kadınların ve yaşlıların daha yüksek bir yüzdesinin danışmanlık aldığı gösterilmiştir (Booth ve ark., 2015). Kadın ve erkekler arasındaki obezite oranları, genetik, hormonal, yaşamsal ve kültürel faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Kadınların hormonal yapısı, hamilelik, doğum kontrolü gibi etmenler obeziteye yatkınlığı etkileyebilmektedir. Kadınlarda obezitenin daha sık görülmesi, östrojenin yağ dokusunu arttırıcı etkisi ve kadınlarda fiziksel aktivitenin azlığıyla ilişkilendirilmiştir. (Tüzün, 1995). Ayrıca toplumsal normlar, kadınların kilo konusunda daha fazla baskı hissetmelerine neden olabilmektedir. Ancak, her bireyin durumu farklıdır ve obezitenin multifaktöriyel bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. Obezite merkezine başvuran kadın sayısının daha fazla olması, bu faktörlerin bir kombinasyonu ile ilgili olabilir.

TURDEP II çalışmasının bulgularına göre, obezite 20-45 yaş aralığında her iki cinsiyette doğrusal olarak artarken, 45-65 yaş arasında bir plato göstermekte ve 65 yaşından sonra belirgin bir azalma eğilimine girmektedir (TEMD, 2019). Yıldırım ve Eryılmaz yaptığı araştırmaya göre, katılımcıların %50,8'i 19-49 yaş arasında, %46,5'i 50-65 yaş arasında ve %2,8'i 66 yaş ve üzerindedir (Yıldırım ve Eryılmaz, 2020). Bir başka çalışmada ise katılımcıların büyük çoğunluğu %90,7 oranla 25-64 yaş arası yetişkin gruptadır (Öztürk, 2020). Bizim çalışmamızda yaş ortalaması $47,76 \pm 14,88$ (SS) yıl olarak tespit edilmiş olup literatürle uyumlu olarak saptanmıştır.

Obezite ve medeni durum arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Ankara'da gerçekleştirilen bir çalışmada, bekar bireylerin %13,8'inin obez olduğu tespit edilirken, evli olanların %28,6'sının obez olduğu görülmüştür (Çayır, 2009). Diğer bir çalışmada ise obez hastaların %86,6'sının evli olduğu, %13,4'ünün ise bekar olduğu belirlenmiştir (Öztürk, 2020). Birçok çalışma, evliliğin sağlığı teşvik ettiğini ve yaşam süresini uzattığını savunmaktadır. Ancak ekonomik sağlık yatırımı teorisinin öne sürdüğü üzere, bu avantajların sağlıklı bir vücut ağırlığını sürdürmeye uzanmadığı tespit edilmiştir. Wilson'un 2012 yılında Sağlık ve Emeklilik Çalışması (HRS) verilerini kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada, erkek ve kadınların evliliklerine girişinin kilo artışı ile ilişkilendirildiği, evlilikten çıkmanın ise kilo kaybı ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (Wilson, 2012). Çalışmamızda katılımcıların medeni durumu; %47'si evli, 29,4'ü bekar, %11,7'sinin eşi ölmüş, %5,8'i boşanmıştır. Bu duruma evli çiftler arasında sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam ve sağlığa zararlı alışkanlıklar gibi paylaşılan risk faktörlerinin, vücut kütlesini artırabileceği olasılığının sebep olduğunu düşünülmektedir (Wilson, 2012).

Obezite ve eğitim durumu arasındaki ilişkiyi değerlendiren Classen ve Hokayem'in yaptığı bir çalışmaya göre, obez ve fazla kilolu kadınların yaşlılarından daha az eğitim aldığı tespit edilmiştir. Ancak aynı çalışma, erkeklerde eğitim düzeyinin obezite üzerinde etkili bir faktör olmadığını göstermiştir (Classen ve Hokayem, 2005). Türkiye'de obezite durumunun irdelendiği bir çalışmada ise, verilere göre obez hastaların %6'sı okuma-yazma bilmemekte, %5'i okur-yazar ancak hiç okula gitmemiş, %51'i ilkokul mezunu, %13'ü ortaokul mezunu, %17,5'i lise mezunu, %3,5'i yüksekokul mezunu, %7'si üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir (Akbaş ve ark., 2013). Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu; benzer oranlarla %88,2'si lise ve altı düzeyde eğitim almışken %11,7'si üniversite eğitimi almıştır. Eğitim durumu obeziteyi engelleyen bir faktör olarak görünmese de, obezitenin tedavisinde önerilerin doğru algılanması ve doğru uygulanması açısından büyük önem taşıdığını düşünmekteyiz.

Satman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre, düşük gelirli gruplarda obezite prevalansının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Satman ve ark., 2002). Bir başka çalışmada ise gelir düzeyi ile obezite arasında bir ilişki tespit edilememiştir (Erkol ve

Khorshid, 2004). Obezite merkezinde gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %59,1'inin iyi gelir durumunda, %37'sinin orta gelir durumunda ve %3,9'unun kötü gelir durumunda olduğu belirlenmiştir (Yıldırım ve Eryılmaz, 2020). Bizim çalışmamızda katılımcılar ekonomik durumunu; %41,1'i düşük, %41,1'i orta, %17,6'sı yüksek olarak değerlendirmiştir. Obezite merkezlerindeki çalışmalardaki farklılığın nedeni, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin obezite konusunda daha bilgili ve eğitilmiş olmaları, ayrıca sağlık algılarının daha gelişmiş olması sebebiyle obezite merkezine başvurma sıklığının daha yüksek olmasına bağlı olabilir. Bu durum, toplumun daha yüksek gelir seviyelerine sahip kesimlerinde obeziteyle ilgili farkındalığın ve sağlık kaynaklarına erişimin daha etkili olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların başlangıç BKİ değerlerinin ortalaması $43,38 \pm 3$ standart sapma kg/m^2 iken, güncel BKİ değerlerinin ortalaması $40,33 \pm 6,49$ standart sapma kg/m^2 olarak belirlenmiştir. Bu veriler, katılımcı grubunun genel olarak BKİ değerlerinde bir azalma eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Başlangıçtaki yüksek BKİ değerlerinin azalması, yaşam tarzı değişikliklerinin ve müdahalenin etkili olduğunu düşündürülebilir. Ancak, güncel BKİ değerlerinin standart sapmasının göreceli olarak yüksek olması, katılımcılar arasında değişen derecelerde BKİ değişiklikleri olduğunu ve bazı katılımcıların belirgin bir şekilde azalma yaşadığını göstermektedir. Bu bulgular, sağlık uzmanlarının ve katılımcıların gerçekleştirdiği müdahalenin bireyler arasında farklı etkiler gösterdiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, standart sapmadaki çeşitlilik, yaşam tarzı değişikliklerine uyumun bireyler arasında değişkenlik gösterdiğini ve kişisel faktörlerin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda erişkin morbid obez bireylerle gerçekleştirilen görüşmelerin ardından, kendilerine önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyumları süresince edindikleri deneyimlere dayanarak bu süreçte karşılaştıkları engellere dair görüşlerini ifade etmeleri istenmiştir. Engeller teması ile ilgili nitel araştırma yöntemi ile analiz edilen veriler sonucunda katılımcıların bazıları ağrılar, kronik hastalıklar, psikolojik rahatsızlıklar ve ameliyat geçmişi kategorileri ile ilgili engelleyici faktör olarak bahsetmiştir. Bahsedilen bu kategoriler ışığında tümevarım ilkesi ile “genel sağlık durumu” alt teması belirlenmiştir. Katılımcılardan bazıları kas-eklem ağrılarının ve geçirilmiş operasyonlarının egzersiz uyumlarını kötüleştirdiğinden bahsetmiştir.

Leone ve Ward'ın 2013 yılında gerçekleştirdiği bir çalışmada ağrılar veya ameliyat süreçleri, egzersiz için ikinci en yaygın engel olarak belirlenmiştir. Diğer engeller ise kronik hastalık durumu, zaman kısıtlılığı, diğer meşguliyetler, çevresel kısıtlılıklar olarak tespit edilmiştir. (Leone ve Ward, 2013). Yapılan bir başka çalışmada ise fiziksel aktivite engelleyicileri, özellikle negatif düşünce ve duygu durum hali, sosyal destek azlığı ve zaman yönetimi, fiziksel yaralanma veya kronik hastalık varlığı olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada egzersize uyumu en önemli ölçüde engelleyici faktör kadın cinsiyet ve obezitenin derecesi olarak tespit edilmiştir (Venditti ve ark., 2014). Çalışmamızda bazı katılımcılar depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklarından dolayı önerilere uyumlarının zorlaştığını belirttiler. Obez hastalar üzerinde gerçekleştirilen bazı çalışmalarda, depresyon tanısı olan bireyler olmayanlara oranla yüksek görülmüştür. Eren ve Erdi'nin yaptığı bir çalışmada, obez hastaların %81,3'ünde depresyon tespit edilmiştir (Eren ve Erdi, 2003). Alkan tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, depresyonun obez bireylerde özellikle inhibisyon kontrolü, dikkat ve bilişsel esneklik testleri üzerinde bozucu bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir (Alkan, 2022). Bu durum sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz gibi önerilere uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Depresyonun bu bilişsel alanlardaki bozuklukları, bireylerin karar verme süreçlerini etkileyebilmekte ve sağlıklı alışkanlıkları sürdürmelerini engelleyebilmektedir. Çalışmamıza katılanlardan bazıları, mevcut kronik hastalıklarına atıfta bulunarak, bu hastalıkların sağlıklı beslenme, egzersiz ve uyku önerilerine uyumlarını zorlaştırdığını dile getirmiştir. Bazıları ise obeziteyi kronik bir hastalık olarak görmediğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalar, insanların genellikle kendilerini “obezite” sosyal klişesinden uzaklaştırdıklarını ve bu nedenle aşırı kilolu olduklarını veya bununla ilişkili sağlık risklerini kabul etmediklerini göstermiştir (Gregor ve ark., 2008; Lewis ve ark., 2010). Bu durum, bireylerin sağlıklı yaşam önerilerine uyum sağlamada karşılaştıkları potansiyel engellere dikkat çekmektedir. Kronik hastalıkların yönetimiyle birlikte sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemek, bireylerin karşılaştığı zorluklara odaklanarak daha etkili destek ve yönlendirmeler sağlanmasını gerektirebilir. Obezitenin bir takım kronik hastalıkların risk faktörü olduğu bilindiği gibi, bazı kronik hastalıklar ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların da obeziteye sebep olabileceği akılda tutulmalıdır (Koruk ve Şahin, 2005). İncelenen

birçok çalışma sonucu göstermiştir ki mevcut kronik hastalık varlığı bireylerin yaşam kalitesinin büyük ölçüde düşmesine sebep olmaktadır (Onat, 2013) Thommasen ve Zhang tarafından yapılan bir çalışmada, sağlıkla ilgili parametreler içinde kronik hastalık varlığının, yaşam kalitesindeki düşüşün en güçlü belirleyicisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Thommasen ve Zhang, 2006). Bu durum bireyin genel sağlığını ve yaşam memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir. Kötü yaşam kalitesine sahip bireyler motivasyon düşüklüğü yaşayabilir, enerji seviyeleri azalabilir ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamakta zorlanabilirler. Bu nedenle bireylere yaşam tarzı önerilerinde bulunurken genel sağlık durumları dikkatle ele alınmalı, mevcut ağrıları, operasyon geçmişleri ve kronik hastalıklarına farkındalık oluşturularak bir program çizilmelidir. Bunun yanında obeziteli bireylerin kilo yönetimini daha etkili bir şekilde yapabilmek için, bir dizi halk sağlığı yaklaşımının temel tutumu, bu bireylerin kilo durumlarının farkında olmalarının önemine vurgu yapmaktadır (Haynes ve ark., 2018). Katılımcıların da engelleyici faktör olarak değindiği psikolojik rahatsızlıkları ele alındığında obezite sağlık hizmetlerinde, sağlıklı beslenme ve egzersiz içeren programların ötesine geçilerek danışmanlık gibi psikolojik hizmetlerin programa dahil edilmesinin fayda sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Gerçekleştirdiğimiz görüşmelerde katılımcıların engelleyiciler teması ile ilgili başlayamamak, büyük hedefler koymak, kötü alışkanlıklar ve devam edememek kategorilerinden sıkça bahsettiği görülmüştür. Bunun sonucunda tümevarım ilkesi ile “içsel motivasyon” alt teması oluşturulmuştur. Hasta motivasyonunun eksikliği birinci basamakta obezite tedavisinin etkin yönetiminin önündeki temel engellerden olduğu gösterilmiştir (Sonntag ve ark., 2012). Yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyum konusunda içsel motivasyonu azaltan faktörlerin genellikle bireyin bir olaydan kaçınma, yanlış hedefler koyma, alışkanlıkları terk edememe ve zararı en aza indirme isteğiyle ilgili olarak ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Katılımcılardan bazıları önerileri uygulamaya bir türlü başlayamadıklarını ve buna sebep olan birçok faktör olduğunu belirtmişlerdir. Bazıları ise kendilerine büyük hedefler koyduğundan ve bu hedeflere ulaşmanın zorluğundan bahsetmişlerdir. Konulan büyük hedeflere ulaşmanın zorluğu ve aldığı zamanın fazla olması engelleyici faktör olarak belirlenmiştir. Bireyler yaşam tarzlarını kötü etkileyen alışkanlıkları bırakmakta zorlandıklarından ve bu

alışkanlıkların beslenme, egzersiz ve uyku önerilerine uyumlarını kötü etkilediğinden bahsetmişlerdir. Erteleme alışkanlığının egzersiz önerilerine, ekran önünde yemek yeme ve aşırı şeker kullanımının beslenme önerilerine, sigara kullanımının ve aşırı kafein tüketiminin ise uyku önerilerine uyum konusunda engelleyici faktör olduğu tespit edilmiştir. Bazı katılımcıların önerilenleri uygulamak konusunda devamlılık ile ilgili bahsettikleri görülmüştür. Devam edememenin önerilenlere uyum konusunda engel teşkil ettiği tespit edilmiştir. İçsel motivasyon, bir bireyin bir faaliyeti veya görevi ilgi çekici bulması, faaliyetten haz alması ve doyum elde etmesi olarak tanımlanmaktadır (Gagne ve Deci, 2005). İçsel olarak motive olan bir birey, ödüllere veya baskılara ihtiyaç duymadan, kendi iradesiyle ve özgürce faaliyetleri gerçekleştirmektedir (Deci ve ark., 1991). Bilişsel değerlendirme teorisi bağlamında, içsel motivasyonun önemli bir belirleyicisi olan sosyal çevrenin, bireyin temel psikolojik ihtiyaç doyumunu destekleyip veya engelleyerek içsel motivasyonu artırabileceği veya azaltabileceği öne sürülmektedir (Deci ve Ryan, 2000). 2008 yılında ABD’de yapılan 155 kişinin katıldığı bir çalışmada kilo kaybı tedavisinin önündeki engeller arasında kendini uygun şekilde yemek için motive etmekte zorluk %66,2 oranında tespit edilmiştir (Burke ve ark., 2008). Yapılan bir başka çalışmada birinci basamakta obezitenin etkin yönetiminin önündeki temel engelin hasta motivasyon eksikliği olduğu tespit edilmiştir (Sonntag ve ark., 2012). Motivasyonel görüşme, bireylerin kilo tutumlarını ve davranışlarını iyileştirebilmektedir ve böylece kilo kaybının iyileşmesine yol açabildiği bilinmektedir. Araştırmalar, motivasyonel görüşmenin aşırı kilolu ve obez kişilerde böyle bir müdahale yapılmayan kişilere kıyasla kilo kaybını artırdığını göstermektedir (Armstrong ve ark., 2011; Cox ve ark., 2011). Başlayamamak, hedeflere ulaşmanın zorluğu, devam edememe ve büyük hedefler koymanın engelleyici faktör olduğu düşünüldüğünde önerilere bağlılığın belirleyicileri konusunda dikkatli bir yaklaşım benimsemek için, başlangıçta olumsuz ruh halleri ve gerçekçi olmayan kilo verme beklentileri konusunu ele almak önemlidir (Burgess ve ark., 2017).

Katılımcıların engelleyiciler konusunda eş, aile, arkadaşlar, iş hayatı ve bakıma muhtaç yakın varlığı kategorilerinden sıkça bahsettiği tespit edilmiştir ve bu kategoriler “sosyal ilişkiler ve etkileşimler” alt temasının belirleyicileri olmuştur. Bulgular, yaşam tarzı değişikliklerine uyumu değerlendirirken bireylerin sosyal

çevrelerini, aile yapısını ve yaşam koşullarını dikkate almanın önemini vurgulamaktadır. Evli katılımcıların özellikle eşleriyle ilişkili faktörlere değindiği, ebeveyn olan katılımcıların ise genellikle çocuklarından bahsettiği gözlemlenmiştir. Bunun yanında iş hayatına sahip olmak veya olmamak da yaşam tarzı önerilerine uyumu etkileyen faktörler arasındadır. Kadın katılımcıların eş ve ebeyn olmak konusuna daha çok değindiği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda kadınların iş hayatında daha az yer almaları, ev işlerine ve çocuk bakımına daha fazla zaman ayırmaları nedeniyle kendi kendilerine zaman ayırmakta ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite konusunda zorlanmakta oldukları tespit edilmiştir (Öztürk, 2020). Diğer bireylerin ise aile üyeleriyle ilişkili faktörlerin ön planda olduğu gözlemlenmiştir. Bir katılımcı ise aile bireylerinin sebep olduğu çocukluk travmasından bahsederek bu durumun önerilere uyumun önündeki engel olduğuna değinmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda travma ve olumsuz yaşam olaylarının aşırı kilo ve obeziteye sebep olabileceği gösterilmiştir (Stranden ve ark., 2020). Bir dizi meta-analiz çalışmasında, travmatik çocukluk deneyimleri ile yetişkinlikte obezite arasındaki korelasyonlar doğrulanmıştır (Danese ve Tan, 2014). 1998'de Amerikan ACE (Advers Çocukluk Deneyimleri) çalışması, travmatik çocukluk deneyimleri ile yetişkinlikte morbid obezite arasındaki doz-yanıt ilişkisini göstermiştir (Felitti ve ark. 1998). Bunun yanında stresli yaşam deneyimleri ve morbid obezite arasında ilişki tespit edilmiştir. Norveç'te morbid obezitesi olan 70 katılımcıyla yapılan bir çalışmada katılımcılardan %91'inin en az bir anlamlı ve stresli yaşam deneyimine sahip olduğu bildirmiştir. En sık görülen tipler arasında ciddi ilişki kopmaları, ebeveyn ihmali ve diğer olumsuz çocukluk deneyimleri tespit edilmiştir (Strandenve ark., 2020). Bireylerin çoğu sosyal çevreleri tarafından kilo damgalamasına maruz kaldıklarını ve bu durumun engelleyici faktör olduğundan bahsetmişlerdir. Araştırmalarda, bireylerin sosyal çevrelerinde kilo ile ilgili damgalamaya maruz kalmasının, kilo verme çabalarını engelleyebileceği, aşırı yeme ve sağlıksız atıştırmalıkların aşırı tüketimini teşvik edebileceği ortaya konmuştur. Bu tarz sosyal baskıların kişinin kilo durumunu aşırı kilo olarak algılamasına sebep olduğu ve kişiyi kilo vermeye motive ettiği, fakat buna rağmen durumun etkili kilo verme davranışlarının uygulanmasıyla sonuçlanmayabileceğini ve hatta daha fazla kilo alımına yol açabileceğini tespit edilmiştir (Haynes ve ark., 2018). Kendini damgalanmış bir gruba ait olarak

algılayan bireylerde psikolojik sıkıntı ve buna bağlı olumsuz sağlık sonuçları ortaya çıkabilmektedir. Bu olumsuzluklarla ilgili yapılan bir çalışmada sosyal damgalanmak, kusma ve müshil kullanımı gibi sağlıksız aşırı kilo yönetimi stratejileriyle ilişkilendirilmiştir (Wilson ve ark., 2005; Stephen ve ark., 2014). Bu tür davranışlar sağlığı tehlikeye atabilmekte ve düzensiz yemeye yol açabilmektedir. Buna ek olarak, kilo damgalaması, aşırı kilolu olarak tanımlanan kişilerde otokontrolü engelleyebilir ve bu da etkili kilo yönetimini kolaylaştıran sağlıklı davranışları bozabilmektedir (Hunger ve ark., 2015). Obezite yönetiminde sosyal ilişkiler ve etkileşim ile ilgili bu faktörlerin göz önünde bulundurulması, sağlık profesyonellerinin bireylere daha etkili ve kişiselleştirilmiş destek sağlamasına olanak tanıyacağını düşünmekteyiz.

Katılımcılarla yapılan görüşmeler, yaşam tarzı önerilerine uyumu etkileyen önemli bir alt tema olarak “fırsatların varlığı” alt temasını ortaya koymuştur. Ekonomik kısıtlılıklar nedeniyle bazı katılımcılar sağlıklı beslenme ürünlerine veya egzersiz olanaklarına erişimlerinin sınırlı olduğunu belirtmiştir. Bazıları ise çevresel kısıtlılıkların, sağlıklı besinlere erişim veya egzersiz yapma imkanlarını olumsuz etkilediğinden şikayet etmiştir. Zaman kısıtlılığı, ekonomik sınırlamalar ve çevresel engeller olmak üzere üç ana kategori altında incelenen konular, katılımcıların günlük yaşamlarında yoğun iş temposu, aile sorumlulukları veya diğer zamanla ilgili kısıtlamalar nedeniyle sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmekte zorlandığını göstermektedir. Ekonomik kısıtlamalar, katılımcıların ücretli egzersiz seçeneklerini tercih etmediklerini ortaya koymaktadır. Bunun yerine, açık havada yürüyüş yapma veya evde kişisel imkanlarla egzersiz yapma gibi daha uygun ve ekonomik alternatiflere yöneldikleri belirlenmiştir. Çevresel kısıtlılıklar ise bireylerin spor salonlarına veya parklara ulaşım güçlüğü çekmelerine veya sağlıklı besinlere erişimlerinin sınırlandırılmasına sebep olmaktadır. Bu zorluklar, yaşam tarzı değişikliklerine uyumu engelleyerek bireylerin hedeflerine ulaşmalarını zorlaştırmaktadır. Obez kadınlara fiziksel aktivitelerini engelleyen konular hakkında açık uçlu sorular sorulan bir çalışmada zaman kısıtlılığı ve hava durumu gibi çevresel kısıtlılıklar sıkça belirtilen bir engel olarak tespit edilmiştir (Jewson ve ark., 2008). Yapılan bir başka çalışmada zaman yönetimi %50 oranında bildirilen en önemli kilo kaybı engelleri nedenlerindendir. Aynı çalışmada fiziksel aktivite engelleri arasında

zaman kısıtlılığı, hava durumu ve park-bahçelere erişim gibi çevresel kısıtlılıklar olduğu tespit edilmiştir (Venditti ve ark., 2014). Öztürk'ün yaptığı bir çalışmada obez bireylerde gelir düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Öztürk, 2020). Yapılan başka çalışmalarda ise gelir düzeyi arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin arttığı saptanmıştır (Çiftçi, 2016; Topsaç ve Bişgin, 2013). Obezite tedavi programlarında, genellikle kamu tarafından finanse edilen sınırlı sayıda yer bulunmaktadır. Bireyler genellikle kendi finansmanlarını sağlayarak veya özel sağlık sigortası ile bariatrik cerrahi, düşük kalorili diyet planları veya egzersiz tesis üyelikleri gibi seçeneklere erişebilmektedir. Ancak obezite riski taşıyan birçok insan, yüksek yoksulluk içinde yaşamakta ve bu bakıma erişmekte finansal olarak güçlük çekmektedir, bu durumun sağlık eşitsizliği açığını arttırdığı tespit edilmiştir (<https://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/health-statistics-and-data-sets/obesity-statistics>., Erişim tarihi: 03 Şubat 2024; <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>., Erişim tarihi: 03 Şubat 2024). Yerli nüfuslar için kültürel olarak uygun hizmetler sunulması ve obezite tedavisine katkıda bulunduğu kabul edilen sayısız faktöre erişimin kolaylaştırılması ve hastalara uygun bakım sağlanması başarılı bir kilo yönetimi için önerilmektedir (Stranden ve ark., 2020).

Çalışmamızda yapılan görüşmelerin sonuçlarına göre, bazı katılımcılar, “kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları” alt teması ile ilgili daha önceki başarısız deneyimlerinin şundaki başarıya olan inanç ve öz yeterlilik düzeylerini şekillendiğini belirtmişlerdir. Bu başarısız deneyimlerin, katılımcıların inançlarını olumsuz yönde etkilediği ve motivasyonlarını azalttığı gözlemlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak yapılan bir çalışmada katılımcıların beslenme davranışlarını değiştirme konusundaki önceki başarısız denemelerinin, hedefe ulaşma konusunda hayal kırıklığına neden olmuş olabileceği ve başarısız denemelerin, yetkinlik eksikliği ve hayal kırıklığı hissi yaratabileceği bu nedenle özerk motivasyonu zayıflatabileceği tespit edilmiştir (Weiner, 1985). Yapılan başka bir çalışmada obez bireylerin öz yeterlilik düzeyinin normal ve aşırı kilolu yetişkinlere göre daha az olduğu tespit edilmiştir (Blanchard ve ark., 2005). Çalışmamızda beslenme alışkanlıklarını yönetme, egzersiz yapma ve sağlıklı seçimler yapma konusunda kendilerini yetersiz hisseden katılımcılar, bu nedenle başarısız

olacaklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Bu alt tema, otokontrol eksikliği, yetersizlik hissiyatı ve başarıya olan inancın azalması olarak üç ana kategoride incelenmiştir. Venditti ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada bildirilen en önemli kilo kaybı engelleri arasında kendi kendini izleme ile ilgili sorunlar (%58) ve motivasyon eksikliği (%26) bulunmaktadır (Venditti ve ark., 2014). Çalışmamızda katılımcılar arasında, duygusal yeme alışkanlıkları, ani dürtü kontrolünde zorlanma ve beslenme ile egzersiz gibi alışkanlıklara bağlılık geliştirme konularında zorluk yaşayanlar olduğu belirtilmiştir. 2008 yılında ABD’de yapılan 155 kişinin katıldığı bir çalışmada kilo kaybı tedavisinin önündeki engeller arasında açken ne yediğini kontrol etmekte güçlük çekmek (%71,3) ve yiyeceği ödül olarak kullanmak (%59,3) olduğu tespit edilmiştir (Burke ve ark., 2008). Yapılan bir başka çalışmada kendilerine obezite konusunda danışmanlık için başvuran pek çok uzmanın, hastaların davranışlarını değiştirme konusunda motivasyon eksikliğine ve öz yeterlilik eksikliğine dikkat çektiği belirtilmiştir (Salinas ve ark., 2011; Sonntag ve ark., 2012). Çalışmamızda bazı katılımcıların özgüvenlerinin azaldığı ve kendilerini başkalarıyla karşılaştırma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Bizim çalışmamıza benzer olarak 19 katılımcı ile gerçekleştirilen nitel bir çalışmada engeller kategorisinde en yaygın tema olarak belirlenen kilo ile ilişkilendirilen engeller hem fiziksel (örneğin, nefes darlığı, fiziksel rahatsızlık) hem de duygusal (örneğin, görünüşleriyle veya başkalarının egzersiz yaparken onları nasıl algıladığından duyulan rahatsızlık) olarak tespit edilmiştir (Leone ve Ward, 2013). Bu durum, yetersizlik hissiyatının uyumu engelleyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Hedeflere ulaşma konusundaki inanç eksikliğinin, katılımcıların çabalarını sürdürmesini engellediği tespit edilmiştir. Bununla birlikte, yapılan bir çalışmada hastaların obezite yönetimi konusunda başvurdukları uzmana çok az güvenmekte olduğu ve kilo kontrollerinde yeterince desteklendiklerini hissetmedikleri tespit edilmiştir (Ely ve ark., 2009). Obezite merkezlerine, eğitim verilmiş sağlık profesyonelleri veya güvenilir kilo tavsiyesi sunabilecek uzmanlar istihdam edilerek hastaların yaşadığı kafa karışıklığı ve uzmana güvensizliği azaltılabileceği bildirilmiştir (Norman ve ark., 2023). Tüm bu unsurlar göz önüne alındığında, uzmanlar tarafından bireylerin kendilerini kontrol edebilme yeteneklerini artırmak, yetersizlik hissini azaltmak ve başarıya olan inançlarını

pekiştirmek için tamamen destekleyici bir program sunulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda erişkin morbid obez bireylerle gerçekleştirilen görüşmelerin ardından, kendilerine önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyumları süresince edindikleri deneyimlere dayanarak bu süreçte karşılaştıkları kolaylaştırıcılara dair görüşlerini ifade etmeleri istenmiştir. Bu bağlamda; genel sağlık durumu, içsel motivasyon, sosyal ilişkiler ve etkileşimler, fırsatların varlığı, kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları gibi alt temalar, incelenen verileri kategorize etmek için kullanılmıştır.

Katılımcılar ile gerçekleştirdiğimiz görüşmelerde kolaylaştırıcı faktörler ile ilgili sıkça bahsedilen konular sonucu ağrılar, kronik hastalıklar ve ameliyat kategorileri tespit edilmiş olup “genel sağlık durumu” alt teması bu kategorilerden tümevarım ilkesi ile belirlenmiştir. Yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayan katılımcılar, fiziksel sağlık durumlarında belirgin iyileşmeler yaşadıklarını ve bu durumun motivasyon kaynağı olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, cerrahi operasyon öncesi bu değişikliklere uyum gösteren katılımcılar bu sürecin genel sağlık durumlarını olumlu yönde etkilediğini ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda kendi sağlık sorunlarının farkında olma, kilo verme için güçlü bir motivasyon kaynağı olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmalar ciddi bir sağlık olayını takiben sıkı doktor talimatları ve kişisel kararların, insanları kilo verme planına başlamaya teşvik edebileceğini göstermiştir (Al-Mohaimeed ve Elmannan, 2017; Teixeira ve ark., 2012). Gerçekleştirilen nitel bir çalışmada fiziksel aktivitelere katılmada algılanan kolaylaştırıcılar ve engeller değerlendirilmiştir. Algılanan kolaylaştırıcılar arasında bizim çalışmamızla benzer olarak yaşam kalitesini arttırması, kilo yönetimi sağlaması, hastalıkları önlemesi, zindelik sağlaması, hastalıklara bağlı ilaç kullanımını azaltması olarak tespit edilmiştir (Leone ve Ward, 2013). Başka bir çalışmada ise bazı katılımcılar sağlık sorunları nedeniyle kilo verme programına başladıklarını ifade etmiştir. Hipertansiyon ve eklem sorunları gibi kronik hastalıklara sahip hastalara doktorun tavsiyesi ile kilo vermek ve diğer sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri yapmaya teşvik ettiğine değinmiştir (Al-Mohaimeed ve Elmannan, 2017).

Görüşmeler sırasında katılımcılar yaşam tarzı değişikliğine uyum konusunda sağlık

düzeylerini iyileştirmek, ebeveyn olmak veya beğenilmek gibi kişisel hedeflere odaklandıklarını belirtmişlerdir. Bunun sonucunda sağlıklı olmak, ulaşılabilir hedefler koymak, ebeveyn olmak ve beğenilme arzusu olarak dört kategori belirlenmiş olup bu kategoriler “içsel motivasyon” alt teması altında toplanmıştır. Kilo vermenin başlangıç tetikleyicisi olarak sıkça belirtilen içsel motivasyon, literatürde etkili kilo verme öngörücüsü olarak tanınmıştır (Elfhag ve Rössner, 2005). Çalışmamızda katılımcılar uzun vadeli hedefler koyma ve bu hedeflere ulaşmak için attıkları adımların, içsel motivasyonun sürdürülmesini sağladığını belirtmiştir. Çalışmamıza benzer olarak yapılan bir başka çalışmada hastaların kilo verme hedeflerini daha küçük, daha ulaşılabilir hedeflere bölmeleri motivasyonu ve algılanan öz-yeterliliği arttırdığı tespit edilmiştir (Phelan ve ark., 2015). Çalışmamızda katılımcıların sağlıklı olma arzusunun yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumu kolaylaştıran bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca benzer olarak bir çalışmada birinci basamakta önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyumun önündeki engeller ve kolaylaştırıcılar incelenmiş, kilo vermek için yardıma ihtiyaç duyduğunu kabul etmek ve genel sağlık durumunu iyileştirmek istemek en sık bildirilen kolaylaştırıcı faktörler arasında saptanmıştır (De Jong ve ark., 2023). Çalışmamızda çeşitli katılımcılar, sosyal beğeni arzusunun, önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyumu artırıcı bir etken olarak ortaya çıkabildiğini ifade etmiştir. Kimi katılımcılar ise, kilo verme sürecinde toplumun olumlu tepkilerinin arttığını gözlemleyerek, bu dışsal motivasyonun sağlıklı alışkanlıkları sürdürme konusunda bireylere destek olabileceğini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada, araştırmamıza benzer olarak kadınların kilo verme girişimlerine daha fazla katılma eğiliminde olduğunu ve görünümlerini diğerleriyle karşılaştırdıklarını, bu da onları kilo verme çabalarına katılmaya teşvik ettiğini bulmuştur (Mroz ve ark., 2018). Yapılan başka bir çalışmada ise vücut şekli ve genel görünümle ilgili endişeler güçlü bir motivasyon kaynağı olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada katılımcılar, kilo verme çabalarının, vücut büyüklüğü ile memnuniyetsizliklerinden ve ideal kiloyu hedeflemelerinden kaynaklandığını bildirmiştir (Al-Mohaimed ve Elmannan, 2017).

Bazı katılımcılar bu süreçte aile içindeki bireylerin düzenlerine dahil edilmesi ve onların pozitif desteğinin sağlanması, arkadaşlarla etkileşim kurma ve iş ortamında uygun destek almak, gibi konuların sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine daha etkili

bir şekilde adapte olmalarına yardımcı olduğundan bahsetmiştir. Gerçekleştirilen görüşmeler sonucu bahsedilen konular; “sosyal ilişkiler ve etkileşimler” alt teması altında, eş, aile, arkadaşlar ve iş hayatı olmak üzere dört kategori üzerinden değerlendirilmiştir. Sistemli bir incelemede obez bireylerde aile desteği ve duygusal desteğin motivasyonu artırıcı ve kilo kaybını destekleyici faktör olduğu tespit edilmiştir (Binsaeed ve ark., 2023). Çalışmamızda katılımcılardan bazıları aile üyeleri ile ortak yemek planları oluşturarak veya birlikte fiziksel aktiviteler gerçekleştirerek aile üyeleri ile birlikte dayanışmayı arttırdıklarından bahsetmiştir. Nitel yöntemle yapılan bir araştırmada katılımcılar tarafından en sık bildirilen kolaylaştırıcılar arasında hastaya sosyal yakınlığı olan bireylerin iyi desteği ve ailenin değişime pozitif tutumu tespit edilmiştir (De Jong ve ark., 2023). Çalışmamızda bazı katılımcılar sağlıklı beslenme planlarını oluştururken arkadaşları ile birbirlerini pozitif yönde etkilediklerine değinmiştir. Sağlıklı tariflerini birbirleriyle paylaştıklarını belirten bir katılımcı bu durumun yaşam tarzı önerilerine uyumları konusunda kolaylaştırıcı bir faktör olduğundan bahsetmiştir. Gerçekleştirilen bir çalışmada bulgularımıza benzer olarak arkadaşlar ve aileden gelen destek kolaylaştırıcılar arasında bulunmuştur (Binsaeed ve ark., 2023). Bunun yanında bir araştırmada fiziksel aktivite önerilerine uyum sürecisinde katılımcıların egzersiz hakkında sosyallik sağladığını ve eğlenceli olduğunu düşünmeleri kolaylaştırıcı faktör olarak tespit edilmiştir (Leone ve Ward, 2013). Yapılan başka bir çalışmada ise katılımcılar, aile ve arkadaşlarından aldıkları teşvikin destekleyici olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada sosyal destek, bir motivatör olarak tanınmışken, bunun eksikliği bir engel olarak belirlenmiştir. Bireyi çevreleyen aile üyeleri ve arkadaşların, sosyal desteğin ana kaynağını temsil ettiği bunun sonucunda sosyal desteğin neredeyse tüm kilo verme programlarının önemli bir unsuru olarak karşımıza çıktığı tespit edilmiştir (Al-Mohaimed ve Elmannan, 2017).

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sonrasında yapılan analizlerde fırsatlara erişebilmek konusuna sıkça değinildiği tespit edilmiştir. Bu bağlamda bahsedilen kodlar sonucu “fırsatların varlığı ve erişebilirlik” alt teması; zamansal imkanlar, ekonomik imkanlar ve çevresel imkanlar olmak üzere üç alt kategoride değerlendirilmiştir. Katılımcılardan bazıları başardıkları uygun zaman yönetimi ile, düzenli olarak fiziksel aktiviteye zaman ayırabilme ve sağlıklı beslenme

alışkanlıklarını sürdürebilme konusunda zorlanmadan devam edebildiklerinden bahsetmişlerdir. Bazı katılımcıların ise önerilenleri uygulamak konusunda ekonomik imkanların varlığına pozitif faktör olarak değindiği saptanmıştır. Yapılan nitel bir çalışmada bulgularımıza benzer olarak en sık bildirilen kolaylaştırıcılar arasında yaşam tarzı müdahale programının ücretsiz olması ve yaşam tarzı müdahale programına katılmak için yeterli zamanlarının olması tespit edilmiştir (De Jong ve ark., 2023). Çalışmamızda katılımcılar spor salonlarına, park ve bahçelere erişim, sağlıklı besinlere ulaşabilme imkanları ve yerel topluluklarda düzenlenen sağlıklı yaşam etkinlikleri gibi faktörlere erişimin kolay olmasının yaşam tarzı önerilerine uyumlarını kolaylaştıran faktör olduğundan bahsetmiştir. Bir çalışmada egzersiz için kaldırımların ve mahalle parklarının çevresel imkanlar dahilinde erişilebilir olmasının önerilere uyumu kolay ve rahat hale getirdiği tespit edilmiştir (Al-Mohaimeed ve Elmannan, 2017). Yapılan çalışmalarda benzer olarak kolaylaştırıcılar arasında egzersiz olanaklarına, dengeli bir beslenme programına ve sağlık uzmanlarına erişimin kolaylığına vurgu yapılmıştır (Al-Mohaimeed ve Elmannan, 2017; Lim ve ark., 2019). Bunun yanında danışmanlığa erişim neticesinde sağlık uzmanlarının hastaların eğitimini sağladığı ve obezite ile ilişkilendirilen utanç ve kilo önyargısını ortadan kaldırmaya yardımcı olduğu bunun sonucunda başarılı kilo verme müdahaleleri sağladığı tespit edilmiştir (Phelan ve ark., 2015).

Gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda katılımcıların beslenme alışkanlıklarını yönetebilme, egzersiz yapabilme ve sağlıklı seçimler yapabilme yeteneğine sahip olma durumlarında yaşam tarzı önerilerine uyumlarının kolaylaştığı tespit edilmiştir. Bu çerçevede bahsedilen konular; otokontrol varlığı, yeterlilik inancı ve hedeflere odaklanma olarak kategoride incelenmiş olup bu kategoriler “kontrol edebilirlik ve yeterlilik inançları” alt teması altında toplanmıştır. Bazı katılımcılar, sağlıksız tercihlerle başa çıkabilme ve düzenli egzersizi devam ettirebilmeyi otokontrol yetenekleri sayesinde başardıklarını ifade etmişlerdir. Bir sistemli incelemede, obez bireylerde kilo verme için çeşitli motivasyon kaynakları ve kolaylaştırıcılar değerlendirilmiş olup, bunlar arasında otokontrol varlığı ve bilinçli yemek seçimleri bulunduğu tespit edilmiştir (Binsaeed ve ark., 2023). Çalışmamızda katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sonucu bazı bireyler karşılaştıkları zorluklara rağmen yaşam tarzı değişiklikleri konusunda kendilerine güvendiğinden bahsetmiştir. Bir

katılımcı ise bu konuda yetenek ve bilgilerine güvendiğinden yeterli ve başarılı hissettiğine değinmiştir. Bir çalışmada kilo verme ile ilgili olumlu deneyimlerin, bazı katılımcılarda düzenli kilo verme programına başlamaları için özgüveni arttırdığı ve motive ettiği tespit edilmiştir (Al-Mohaimed ve Elmannan, 2017). Gerçekleştirilen görüşmeler sonucu bazı katılımcılar belirledikleri sağlık hedeflerine odaklanarak, motivasyonlarını yüksek tuttuklarından bahsetmiştir. Bazıları ise hedeflere odaklanarak, zorluklar karşısında dirençli olduklarına ve bu rehber ışığında ilerlediklerine değinmişlerdir. Binsaeed ve ekibinin yaptığı çalışmada kilo kaybı konusunda hastaların yönetebilme yeteklerine inanmaları başarılı kilo kaybı ile ilişkili bulunmuştur (Binsaeed ve ark., 2023). Bunun yanında yapılan bir çalışmada hastaları kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaya motive etmenin, obezite tedavisinde hekimlerin ana hedeflerinden olması önerilmiştir (Sonntag ve ark., 2012). Yapılan başka bir derlemede, daha büyük bir öz kabul ve daha yüksek bir özsaygının, kilo kontrol tedavilerine girişim motivasyonunu geliştirmenin önemli adımları olduğunu bulunmuştur (Wilson, 1996).

Sonuçlarımız yetişkin morbid obez bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranış değişikliklerini benimseme yeteneğini etkileyebilecek bir dizi engeli ve kolaylaştırıcıyı tanımlamaktadır. Yaşam tarzı değişikliği önerileri sunarken bireyler ile birlikte önerilere bağlılığın belirleyicileri tartışılarak engeller ve kolaylaştırıcılar ışığında dikkatli bir şekilde program düzenlenmelidir. Yaşam tarzı değişikliğini benimsemenin önündeki engeller tedavinin başlangıcında ele alınmalı ve bunlara göre bireyselleştirilmiş öneriler sunulmalıdır. Uyum iyileştirilirse, tedavi etkinliği, sağlık sonuçları ve kronik hastalıkların nihai yükünün de iyileştirilebildiği bilinmektedir. Araştırmamız aracılığıyla, morbid obez bireylerde obezitenin yönetilmesinde reddedilemez olabilecek, kişiye özel tedavi ve psikososyal refaha odaklanma gibi müdahalelerin geliştirilmesi ve sunulması için belirli yolları teşvik etmeyi ummaktayız. Bununla birlikte, herhangi bir önemli değişikliğin meydana gelmesi için, engellerin aşılması veya araştırılan yaşam tarzı alanlarındaki kolaylaştırıcılardan yararlanılması konusunda gerekli resmi düzenlemelere hala ihtiyaç bulunmaktadır.

6. KAYNAKLAR

Agha, M., Agha, R. (2017). The rising prevalence of obesity: part B-public health policy solutions. *International Journal of Surgery. Oncology*, 2(7), e19.

Akbaş, F., Atmaca, H. U., Karadaş, E., Yıldız, İ., & Ökten, İ. N. (2013). Hastanemizde ilk kez kurulan bir birim olarak İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi obezite polikliniği ve 2 yıl sonundaki verilerimizin değerlendirilmesi. *İstanbul Med J*, 14, 253-6.

Al-Mohaimeed, A. A., Elmannan, A. A. A. (2017). Experiences of barriers and motivators to weight-loss among Saudi people with overweight or obesity in Qassim Region-A qualitative study. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 5(7), 1028.

Alkan, S. U. (2022). Obezitede Bilişsel İşlev Bozukluğu ve Bilişsel İşlev Bozukluğunun Uyku Kalitesi ve Depresyon ile İlişkisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Trabzon (Danışman: Doç. Dr. D S Aykut).

Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A., Fabricatore, A. N., Daumit, G. L., & Alpert, J. E. (2009). Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *American journal of preventive medicine*, 36(4), 341-350.

Alodhayani, A. A., Alshaikh, O. M., Ghomraoui, F. A., AlShaibani, T. J., Algadheeb, A. S., Bendahmash, A. W., & Baqays, A. A. (2017). Correlation between obesity and sleep disturbance in Saudi medical students. *Journal of physical therapy science*, 29(2), 181-186.

Amiri, P., Kazemian, E., Mansouri-Tehrani, M. M., Khalili, A., & Amouzegar, A. (2018). Does motivational interviewing improve the weight management process in adolescents? Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*, 7, 1-8.

Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews*, 12(9), 709-723.

Aydın H., Yetkin S. (2008). Uyku, Yapısı ve İşlevleri. In: Karakaş S, ed. Kognitif Nörobilimler. 1. basım. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti., Ankara, s:282-299.

Badiu, C. (2019). Williams textbook of endocrinology. *Acta Endocrinologica (Bucharest)*, 15(3), 416.

Ball, K., Crawford, D., & Owen, N. (2000). Obesity as a barrier to physical activity. *Australian and New Zealand journal of public health*, 24(3), 331-333.

Barb. D., Donahoo. W. T., & Considine. R. V. (2023). Obesity: Risk, Risk Factors, and Medical Management. In: Robertson RP, ed. DeGroot's Endocrinology. 8th ed. Elsevier Inc., Philadelphia, p:323-333.

Barrett, S., Begg, S., O'Halloran, P., & Kingsley, M. (2018). Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses. *BMC Public Health*, 18, 1-10.

Bayliss, E. A. (2012). Simplifying care for complex patients. *The Annals of Family Medicine*, 10(1), 3-5.

Bilgili, F. F., (2023). Aile Hekimlerinin Obezite Yönetimi ve Bariatrik Cerrahi Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. B Telatar).

Binsaeed, B., Aljohani, F. G., Alsobiai, F. F., Alraddadi, M., Alrehaili, A. A., Alnahdi, B. S. & Jumah, M. (2023). *Barriers and Motivators to Weight Loss in People With Obesity. Cureus*, 15(11).

Blanchard, C. M., McGannon, K. R., Spence, J. C., Rhodes, R. E., Nehl, E., Baker, F., & Bostwick, J. (2005). Social ecological correlates of physical activity in normal weight, overweight, and obese individuals. *International journal of obesity*, 29(6), 720-726.

Bogers, R. P., Bemelmans, W. J., Hoogenveen, R. T., Boshuizen, H. C., Woodward, M., Knekt, P., & BMI-CHD Collaboration Investigators. (2007). Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Archives of internal medicine*, 167(16), 1720-1728.

Booth, H. P., Prevost, A. T., & Gulliford, M. C. (2015). Access to weight reduction interventions for overweight and obese patients in UK primary care: population-based cohort study. *BMJ open*, 5(1).

Boron, W. F., Boulpaep, E. L. (2005). Medical Physiology. 1st ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, p:1297

Bray, G. A., Heisel, W. E., Afshin, A., Jensen, M. D., Dietz, W. H., Long, M., & Inge, T. H. (2018). The science of obesity management: an endocrine society scientific statement. *Endocrine reviews*, 39(2), 79-132.

Broussard, J. L., Van Cauter, E. (2016). Disturbances of sleep and circadian rhythms: novel risk factors for obesity. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*, 23(5), 353.

Brörntorp, P. (2002). International Textbook of Obesity Türkçe, Çeviren: Kahramanoğlu M. 1. Basım, And Yayıncılık, İstanbul, s:58-65.

Burgess, E., Hassmén, P., & Pumpa, K. L. (2017). Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: a systematic review. *Clinical obesity*, 7(3), 123-135.

Burke, L. E., Steenkiste, A., Music, E., & Styn, M. A. (2008). A descriptive study of past experiences with weight-loss treatment. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(4), 640-647.

Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. *New England Journal of Medicine*, 348(17), 1625-1638.

Caterson, I. D., Alfadda, A. A., Auerbach, P., Coutinho, W., Cuevas, A., Dicker, D., & Halford, J. C. (2019). Gaps to bridge: misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 21(8), 1914-1924.

Chong, B., Jayabaskaran, J., Kong, G., Chan, Y. H., Chin, Y. H., Goh, R., & Chew, N. W. (2023). Trends and predictions of malnutrition and obesity in 204 countries and territories: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*, 57.

Classen, T., Hokayem, C. (2005). Childhood influences on youth obesity. *Economics & Human Biology*, 3(2), 165-187.

Cox, M. E., Yancy Jr, W. S., Coffman, C. J., Østbye, T., Tulskey, J. A., Alexander, S. C., & Pollak, K. I. (2011). Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. *Patient education and counseling*, 85(3), 363-368.

Çayır, A. (2009). Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Doc. Dr. N Atak).

Çiftçi, S. (2016). Muğla İli Merkez İlçeye Bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'ne Başvuran Kişilerin Fiziksel Aktivite, Beslenme Alışkanlığı ve Obezite Durumu. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Aydın (Danışman: Prof. Dr. S Demirağ)

Danese, A., Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 19(5), 544-554.

Day, C. P., James, O. F. (1998). Steatohepatitis: a tale of two "hits"? *Gastroenterology*, 114(4), 842-845.

De Jong, M., Jansen, N., & Van Middelkoop, M. (2023). A systematic review of patient barriers and facilitators for implementing lifestyle interventions targeting weight loss in primary care. *Obesity Reviews*, e13571.

Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.

Deci, E. L., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Ryan, R. M. (1991). Motivation and education: The self-determination perspective. *Educational psychologist*, 26(3-4), 325-346.

Demiray, G., Yorulmaz, F. (2023). Halk Sağlığı Bakışıyla Obezite Yönetimi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 147-155.

Di Angelantonio, E., Bhupathiraju, S. N., Wormser, D., Gao, P., Kaptoge, S., De Gonzalez, A. B., & Hu, F. B. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*, 388(10046), 776-786.

Dubnov-Raz, G., Berry, E. M. (2008). The dietary treatment of obesity. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 37(4), 873-886.

Durrer Schutz, D., Busetto, L., Dicker, D., Farpour-Lambert, N., Pryke, R., Toplak, H., & Schutz, Y. (2019). European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obesity facts*, 12(1), 40-66.

Dülger, H., Mayda, A. S. (2016). Bartın üniversitesi sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve obezite prevalansı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 173-177.

Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews*, 6(1), 67-85.

Ely, A. C., Befort, C., Banitt, A., Gibson, C., & Sullivan, D. (2009). A qualitative assessment of weight control among rural Kansas women. *Journal of nutrition education and behavior*, 41(3), 207-211.

Eren, İ., Erdi, Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6(3), 152-157.

Erion, K. A., Corkey, B. E. (2017). Hyperinsulinemia: a cause of obesity?. *Current obesity reports*, 6, 178-186.

Erkol, A., Khorshid, L. (2004). Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hast Derg*, 14(2), 101-107.

Ershow, A. G. (2009). Personalized Medicine for Diabetes: Environmental Influences on Development of Type 2 Diabetes and Obesity: Challenges in Personalizing Prevention and Management. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3(4), 727.

Etçioğlu, E., Tazegül, G., & Aydın, M. R. (2022). Clinical Approach to Obesity in Primary Care. *Hipokrat Tıp Dergisi*, 2(3), 50-59.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Finucane, H. K., Bulik-Sullivan, B., Gusev, A., Trynka, G., Reshef, Y., Loh, P. R., & Price, A. L. (2015). Partitioning heritability by functional annotation using genome-wide association summary statistics. *Nature genetics*, 47(11), 1228-1235.
- Fontaine, K. R., Barofsky, I., & Cheskin, L. J. (1997). Predictors of quality of life for obese persons. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(2), 120-122.
- Ford, E. S., Li, C., Wheaton, A. G., Chapman, D. P., Perry, G. S., & Croft, J. B. (2014). Sleep duration and body mass index and waist circumference among US adults. *Obesity*, 22(2), 598-607.
- Fowler, M. J. (2008). Microvascular and macrovascular complications of diabetes. *Clinical diabetes*, 26(2), 77-82.
- French, S. A., Story, M., & Jeffery, R. W. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual review of public health*, 22(1), 309-335.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, 26(4), 331-362.
- GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England journal of medicine*, 377(1), 13-27.
- Geliebter, A., Ochner, C. N., Dambkowski, C. L., & Hashim, S. A. (2014). Obesity-related hormones and metabolic risk factors: a randomized trial of diet plus either strength or aerobic training versus diet alone in overweight participants. *Journal of diabetes and obesity*, 1(1), 1.
- Gregory, C. O., Blanck, H. M., Gillespie, C., Maynard, L. M., & Serdula, M. K. (2008). Health perceptions and demographic characteristics associated with underassessment of body weight. *Obesity*, 16(5), 979-986.
- Güney, E., Özgen, G., Saraç, F., Yılmaz, C., & Kabalak, T. (2003). Biyoelektrik impedans yöntemi ile obezite tanısında kullanılan diğer yöntemlerin karşılaştırılması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 4(2), 15-18.
- Güven, G. S., Gürlek, A. (2004). Metabolik sendrom ve insülin direnci. *Acta Medica*, 35(2), 96-99.
- Haase, C. L., Lopes, S., Olsen, A. H., Satylganova, A., Schnecke, V., & McEwan, P. (2021). Weight loss and risk reduction of obesity-related outcomes in 0.5 million people: evidence from a UK primary care database. *International Journal of Obesity*, 45(6), 1249-1258.

Hall, K. D., Kahan, S. (2018). Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Medical Clinics*, 102(1), 183-197.

Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2018). A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviours and outcomes. *Obesity Reviews*, 19(3), 347-363.

Helvacı, A., Tipi, F. F., & Belen, E. (2014). Obeziteye bağlı kardiyovasküler hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 5-14.

Hemmingsson, E., Johansson, K., & Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 15(11), 882-893.

Heymsfield, S., Van Mierlo, C. A. J., Van der Knaap, H. C. M., Heo, M., & Frier, H. I. (2003). Weight management using a meal replacement strategy: meta and pooling analysis from six studies. *International journal of obesity*, 27(5), 537-549.

Hunger, J. M., Major, B., Blodorn, A., & Miller, C. T. (2015). Weighed down by stigma: How weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Social and personality psychology compass*, 9(6), 255-268.

Jakicic, J. M., Otto, A. D. (2005). Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *The American journal of clinical nutrition*, 82(1), 226-229.

Janssen, F., Bardoutsos, A., & Vidra, N. (2020). Obesity prevalence in the long-term future in 18 European countries and in the USA. *Obesity facts*, 13(5), 514-527.

Jewson, E., Spittle, M., & Casey, M. (2008). A preliminary analysis of barriers, intentions, and attitudes towards moderate physical activity in women who are overweight. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 11(6), 558-561.

Jia, H., Lubetkin, E. I. (2005). The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of public health*, 27(2), 156-164.

Jones, B. E. (2005). Basic mechanisms of sleep-wake states. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4 th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders. p.136-153.

Jung, S. J., Woo, H. T., Cho, S., Park, K., Jeong, S., Lee, Y. J., & Shin, A. (2017). Association between body size, weight change and depression: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(1), 14-21.

Kay, S. J., Fiatarone Singh, M. A. (2006). The influence of physical activity on abdominal fat: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 7(2), 183-200.

Klumbiene, J., Petkeviciene, J., Vaisvalavicius, V., & Miseviciene, I. (2006). Advising overweight persons about diet and physical activity in primary health care: Lithuanian health behaviour monitoring study. *BMC Public Health*, 6, 1-6.

Koruk, İ., Şahin, T. K. (2005). Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), 147-155.

Kurt, A. K. (2019). Birinci basamakta obezite yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 11(2), 55-60.

Lahti-Koski, M. (2001). Body mass index and obesity among adults in Finland. University of Helsinki, Department of Public Health, Academic Doctoral Dissertation, Helsinki (Supervisor: Prof. P Pietinen).

Lazo, M., Clark, J. M. (2008). The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease: a global perspective. *Seminars in liver disease*, 28(4), 339-350.

Ledikwe, J. H., Ello-Martin, J. A., & Rolls, B. J. (2005). Portion sizes and the obesity epidemic. *The Journal of nutrition*, 135(4), 905-909.

Lee, S., Kuk, J. L., Davidson, L. E., Hudson, R., Kilpatrick, K., Graham, T. E., & Ross, R. (2005). Exercise without weight loss is an effective strategy for obesity reduction in obese individuals with and without Type 2 diabetes. *Journal of applied physiology*, 99(3), 1220-1225.

Leone, L. A., Ward, D. S. (2013). A mixed methods comparison of perceived benefits and barriers to exercise between obese and nonobese women. *Journal of Physical Activity and Health*, 10(4), 461-469.

Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Hyde, J., Castle, D. J., & Komesaroff, P. A. (2010). Do health beliefs and behaviors differ according to severity of obesity? A qualitative study of Australian adults. *International journal of environmental research and public health*, 7(2), 443-459.

Lim, S., Smith, C. A., Costello, M. F., MacMillan, F., Moran, L., & Ee, C. (2019). Barriers and facilitators to weight management in overweight and obese women living in Australia with PCOS: a qualitative study. *BMC endocrine disorders*, 19(1), 1-9.

Lin, X., Li, H. (2021). Obesity: epidemiology, pathophysiology, and therapeutics. *Frontiers in endocrinology*, 12, 706978.

Logue, E., Sutton, K., Jarjoura, D., & Smucker, W. (2000). Obesity management in primary care: assessment of readiness to change among 284 family practice patients. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(3), 164-171.

Lubrano, C., Genovesi, G., Specchia, P., Costantini, D., Mariani, S., Petrangeli, E., & Gnessi, L. (2013). Obesity and metabolic comorbidities: environmental diseases?. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 640673.

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review

and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.

Lusk, B., Lash, A. A. (2005). The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(1), 25-31.

Mert, M., Adaş, M. (2014). Obezitenin endokrin ve metabolik komplikasyonları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 1-4.

Mroz, J. E., Pullen, C. H., & Hageman, P. A. (2018). Health and appearance reasons for weight loss as predictors of long-term weight change. *Health psychology open*, 5(2), 2055102918816606.)

Murathan, F. (2013). Üniversite öğrencilerinde obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Elazığ (Danışman: Doç. Dr. Y Savucu).

Norman, K., Burrows, L., Chepulis, L., Keenan, R., & Lawrenson, R. (2023). Understanding weight management experiences from patient perspectives: qualitative exploration in general practice. *BMC Primary Care*, 24(1), 45.

Ogunnaike, B. O., Whitten, C. W. (2002). Anesthetic management of morbidly obese patients. *Seminars in Anesthesia Perioperative Medicine and Pain*, 21(1), 46-58.

Onat, Ş. Ş. (2013). Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 19, 69-73.

Oussaada, S. M., van Galen, K. A., Cooman, M. I., Kleinendorst, L., Hazebroek, E. J., van Haelst, M. M., & Serlie, M. J. (2019). The pathogenesis of obesity. *Metabolism*, 92, 26-36.

Öztürk. E. (2020). Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite Merkezine kayıtlı hastalarda obezite ile fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Samsun (Danışman: Doç. Dr. M Çubukçu).

Papavramidou, N., Christopoulou-Aletra, H. (2007). Greco-Roman and Byzantine views on obesity. *Obesity surgery*, 17, 112-116.

Parati, G. (2002). Obesity, hypertension and the sympathetic nervous system. *Journal of hypertension*, 20(5), 835-837.

Park, K. H., Yoo S. M. (2006). Evaluation of school-based obesity prevention and management program in Korean children. *J Korean Acad Fam Med.*, 27(6): 471-80.

Pereira, M. A., Kartashov, A. I., Ebbeling, C. B., Van Horn, L., Slattery, M. L., Jacobs, D. R., & Ludwig, D. S. (2005). Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *The lancet*, 365(9453), 36-42.

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity reviews*, 16(4), 319-326.

Popkin, B. M., Corvalan, C., & Grummer-Strawn, L. M. (2020). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*, 395(10217), 65-74.

Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity reviews*, 14(11), 906-918.

Prospective Studies Collaboration. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373(9669), 1083-1096.

Quintas-Neves, M., Preto, J., & Drummond, M. (2016). Assessment of bariatric surgery efficacy on Obstructive Sleep Apnea (OSA). *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, 22(6), 331-336.

Rahe, C., Czira, M. E., Teismann, H., & Berger, K. (2015). Associations between poor sleep quality and different measures of obesity. *Sleep medicine*, 16(10), 1225-1228.

Rassy, N., Van Straaten, A., Carette, C., Hamer, M., Rives-Lange, C., & Czernichow, S. (2023). Association of Healthy Lifestyle Factors and Obesity-Related Diseases in Adults in the UK. *JAMA Network Open*, 6(5), e2314741-e2314741.

Rich-Edwards, J. W., Goldman, M. B., Willett, W. C., Hunter, D. J., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., & Manson, J. E. (1994). Adolescent body mass index and infertility caused by ovulatory disorder. *American journal of obstetrics and gynecology*, 171(1), 171-177.

Roos, E. T., Lallukka, T., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2017). Joint associations between smoking and obesity as determinants of premature mortality among midlife employees. *The European Journal of Public Health*, 27(1), 135-139.

Ross, R., Janssen, I., Dawson, J., Kungl, A. M., Kuk, J. L., Wong, S. L., & Hudson, R. (2004). Exercise-induced reduction in obesity and insulin resistance in women: a randomized controlled trial. *Obesity research*, 12(5), 789-798.

Rueda-Clausen, C. F., Benterud, E., Bond, T., Olszowka, R., Vallis, M. T., & Sharma, A. M. (2014). Effect of implementing the 5 A s of O besity M anagement framework on provider–patient interactions in primary care. *Clinical obesity*, 4(1), 39-44.

Safaei, M., Sundararajan, E. A., Driss, M., Boulila, W., & Shapi'i, A. (2021). A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in biology and medicine*, 136, 104754.

- Salinas, G. D., Glauser, T. A., Williamson, J. C., Rao, G., & Abdolrasulnia, M. (2011). Primary care physician attitudes and practice patterns in the management of obese adults: results from a national survey. *Postgraduate medicine*, 123(5), 214-219.)
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., & Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*, 28, 169-180.
- Satman, I., Yilmaz, T., Sengul, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., & TURDEP Group. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*, 25(9), 1551-1556.
- Schauer, D. P., Feigelson, H. S., Koebnick, C., Caan, B., Weinmann, S., Leonard, A. C., & Arterburn, D. E. (2019). Bariatric surgery and the risk of cancer in a large multisite cohort. *Annals of surgery*, 269(1), 95.
- Schwartz, M. W., Seeley, R. J., Zeltser, L. M., Drewnowski, A., Ravussin, E., Redman, L. M., & Leibel, R. L. (2017). Obesity pathogenesis: an endocrine society scientific statement. *Endocrine reviews*, 38(4), 267-296.
- Semlitsch, T., Stigler, F. L., Jeitler, K., Horvath, K., & Siebenhofer, A. (2019). Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obesity Reviews*, 20(9), 1218-1230.
- Sibley, M. H., Graziano, P. A., Bickman, L., Coxe, S. J., Martin, P., Rodriguez, L. M., & Ortiz, M. (2021). Implementing parent-teen motivational interviewing+ behavior therapy for ADHD in community mental health. *Prevention Science*, 22, 701-711.
- Smith, C. W. (1977). William Thomson and the creation of thermodynamics: 1840-1855. *Archive for history of exact sciences*, 231-288.
- Smith, S., Madden, A. M. (2016). Body composition and functional assessment of nutritional status in adults: a narrative review of imaging, impedance, strength and functional techniques. *Journal of human nutrition and dietetics*, 29(6), 714-732.
- Sonntag, U., Brink, A., Renneberg, B., Braun, V., & Heintze, C. (2012). GPs' attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity-a qualitative study. *The European journal of general practice*, 18(1), 9-14.
- Spiegel, K., Tasali, E., Penev, P., & Cauter, E. V. (2004). Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Annals of internal medicine*, 141(11), 846-850.
- Stephen, E. M., Rose, J. S., Kenney, L., Rosselli-Navarra, F., & Weissman, R. S. (2014). Prevalence and correlates of unhealthy weight control behaviors: findings

from the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 1-9.

Stranden, E., Gundersen, I. F., Getz, L., Kirkengen, A. L., Hagen, K. B., & Mjølstad, B. P. (2020). Adverse life experiences among patients with morbid obesity. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 140(16).

Swift, D. L., Johannsen, N. M., Lavie, C. J., Earnest, C. P., & Church, T. S. (2014). The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. *Progress in cardiovascular diseases*, 56(4), 441-447.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). Birinci Basamak Sağlık Kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi 2017 (Yayın No:1070), Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019-2023, Ankara.

Tasali, E., Chapotot, F., Wroblewski, K., & Schoeller, D. (2014). The effects of extended bedtimes on sleep duration and food desire in overweight young adults: a home-based intervention. *Appetite*, 80, 220-224.

Tchang, B. G., Saunders, K. H., & Igel, L. I. (2021). Best practices in the management of overweight and obesity. *Medical Clinics*, 105(1), 149-174.

Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9, 1-13.

Thommasen, H. V., Zhang, W. (2006). Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural and remote health*, 6(2), 1-18.

Topsaç, M., Bişgin, H. (2013). Üniversitede okuyan engelli öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (40).

Toy, B. Y., Tosunoğlu, N. G. (2007). Sosyal bilimlerdeki araştırmalarda bilimsel araştırma süreci, istatistiksel teknikler ve yapılan hatalar. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-20.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). (2019). Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu.

Tüzün, M. (1995). Obezite Tanım, Sıklık, Tanı, Sınıflandırma, Tipleri, Dereceleri ve Komplikasyonları. In: Yılmaz C, ed. Obezite. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd, İstanbul, s:1-18.

Vainio, H., Kaaks, R., & Bianchini, F. (2002). Weight control and physical activity in cancer prevention: international evaluation of the evidence. *European journal of*

cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP), 1(2), 94–100.

Venditti, E. M., Wylie-Rosett, J., Delahanty, L. M., Mele, L., Hoskin, M. A., Edelstein, S. L., & Diabetes Prevention Program Research Group. (2014). Short and long-term lifestyle coaching approaches used to address diverse participant barriers to weight loss and physical activity adherence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 1-12.

Visscher, T. L., Seidell, J. C. (2001). The public health impact of obesity. *Annual review of public health*, 22(1), 355-375.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, 92(4), 548.

Wheeler, E., Huang, N., Bochukova, E. G., Keogh, J. M., Lindsay, S., Garg, S., ... & Farooqi, I. S. (2013). Genome-wide SNP and CNV analysis identifies common and low-frequency variants associated with severe early-onset obesity. *Nature genetics*, 45(5), 513-517.

Willis, L. H., Slentz, C. A., Bateman, L. A., Shields, A. T., Piner, L. W., Bales, C. W., & Kraus, W. E. (2012). Effects of aerobic and/or resistance training on body mass and fat mass in overweight or obese adults. *Journal of applied physiology*, 113(12), 1831–1837.

Wilson, G. T. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27(3), 417-439.

Wilson, J. M., Tripp, D. A., & Boland, F. J. (2005). The relative contributions of subjective and objective measures of body shape and size to body image and disordered eating in women. *Body Image*, 2(3), 233-247.

Wilson, S. E. (2012). Marriage, gender and obesity in later life. *Economics & Human Biology*, 10(4), 431-453.

Wing, E. J., & Schiffman, F. J. (2021). Obesity. In: Cecil Essentials of Medicine. 10th ed. USA: Elsevier-Health Sciences Division, p:678-685.

Wolk, R., Shamsuzzaman, A. S., & Somers, V. K. (2003). Obesity, sleep apnea, and hypertension. *Hypertension*, 42(6), 1067-1074.

Wu, Y., Zhai, L., & Zhang, D. (2014). Sleep duration and obesity among adults: a meta-analysis of prospective studies. *Sleep medicine*, 15(12), 1456-1462.

Yang, Y. S., Han, B. D., Han, K., Jung, J. H., & Son, J. W. (2022). Obesity Fact Sheet in Korea, 2021: Trends in obesity prevalence and obesity-related comorbidity incidence stratified by age from 2009 to 2019. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 31(2), 169.

Yetkin, S., Özgen, F. (2011). İnsomniler. In: Kaynak H, Ardıç S eds. Uyku fizyolojisi ve hastalıkları. 8. Baskı, İstanbul: Nobel tıp kitabevi, s:167-173.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri, 10. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, s:45-67.

Yıldırım, D. İ., Eryılmaz, M. A. (2020). Obezite Merkezine Başvuran Hasta Profiline ve Hastalara Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 327-336.

Yılmaz, A. A., Özaydın, E., Demirel, F., & Gülşen, K. Ö. S. E. (2015). Obez adölesanlarda obezite gelişimini belirleyen faktörlerin ve metabolik sendrom varlığının retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 10(3), 157-161.

Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D., & Toplak, H. (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Obesity facts*, 8(6), 402-424.

Zammit, C., Liddicoat, H., Moonsie, I., & Makker, H. (2010). Obesity and respiratory diseases. *International journal of general medicine*, 335-343.

Zimmet, P., Magliano, D., Matsuzawa, Y., Alberti, G., & Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome: a global public health problem and a new definition. *Journal of atherosclerosis and thrombosis*, 12(6), 295-300.

7. EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.11.2023-E.309430



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



100
YIL

Sayı : E-71522473-050.01.04-309430 - 342
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası

29.11.2023

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 10.11.2023 tarih ve 342 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Erişkin Morbid Obez Hastalarda Yaşam Tarzı Değişikliklerine Uyumun Önündeki Engellerin ve Kolaylaştırıcıların Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
29.11.2023

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: BS9KYNVM2E Pın Kodu: 08382
Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/etb/ek-5783&eD=BS9KYNVM2E&eS=109430>
Bilgi için: Hasan Konak
Unvanı: Sürekli İhçı



ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ayşenur	Soyadı	Derici
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-posta			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi		2019
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre (Yıl - Yıl)
1 Pratisyen Hekim	Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi		2019-2020
2 Asistan Doktor	Sakarya Üni. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD		2021-halen
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi